COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64122573
RC346 .F19 Etudes cliniques sur
RECAP

TRC346 F19

Columbia University
in the City of New York

College of Physicians and Surgeons

Reference Library

Given by

Dr. Frederick Tilney.

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

DU MÊME AUTEUR

SOUS PRESSE :

LES ALIÉNÉS ET LES ASILES D'ALIÉNÉS

LÉGISLATION, ASSISTANCE ET MÉDECINE LÉGALE

1 vol. in-8°.

TRAVAUX DE M. JEAN-PIERRE FALRET, PÈRE :

Du Suicide et de l'Hypochondrie. Considérations sur les maladies, leur siège, leurs symptômes et les moyens d'en arrêter les progrès. Paris, 1822. 1 vol. in-8° . . . . . 10 fr.

Des Maladies mentales et des Asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales. Paris, 1864, 1 vol. in-8° de 796 pages, avec un plan de l'asile d'Illenau. . . . . 11 fr.

TOURS. — IMP. E. ARRAULT ET Cie.

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

PAR

Le Docteur Jules FALRET

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
DE PARIS

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, Rue Hautefeuille, près du Boulevard Saint-Germain

1890
Tous droits réservés

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/tudescliniques00falr

PRÉFACE

En 1864, mon père, le Dr J.-P. Falret, arrivé au terme de sa carrière, a voulu réunir en un volume, les travaux qu'il avait publiés à diverses époques et faire connaître à une génération nouvelle des idées qui n'avaient pas été sans influence sur le développement de notre science spéciale.

A son exemple, j'ai pensé faire une œuvre utile en reprenant les divers mémoires que j'ai disséminés, depuis vingt-cinq ans, dans les *Archives de médecine*, et dans les *Annales médico-psychologiques*, et je me décide à en présenter aujourd'hui l'ensemble au lecteur (1).

J'ai reproduit à peu près textuellement le texte original et j'ai indiqué la date et le lieu de la publication première.

J'espère que ces travaux, mieux appréciés et mieux connus sous cette forme nouvelle, ne seront pas jugés trop défavorablement par mes confrères. J'ai la confiance que si des faits nouveaux se sont produits dans la science depuis l'époque de leur publication, les idées que j'ai émises sur la théorie et la pratique des maladies mentales n'auront rien perdu de leur intérêt.

Ce sont en effet des questions toujours vivantes dans notre spécialité que celles de la *paralysie générale*, de l'*épilepsie*, de la *folie raisonnante*, de la *folie circulaire*, de l'*aphasie*, etc. ; ce sont autant de problèmes qui s'imposent à l'examen des aliénistes et des médecins, de plus en plus nombreux, qui s'adonnent à l'étude des maladies mentales et nerveuses.

Depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours, les doctrines de nos maîtres, Pinel et Esquirol, ont dominé, d'une manière absolue, la médecine mentale. Elles ont servi de guide à trois générations, uniquement occupées à en perfectionner les détails, sans

(1) Quelques-uns de mes travaux qui ne rentraient pas exactement dans le cadre des *Etudes cliniques* feront l'objet d'une autre publication sous le titre de : *les Aliénés et les Asiles d'Aliénés, législation, assistance et médecine légale*, qui paraîtra prochainement.

chercher à en ébranler les bases. Il est rare de voir ainsi des doctrines scientifiques assez fermement assises pour pouvoir résister aux efforts successifs de trois générations. Or c'est là le spectacle que nous a offert l'histoire de la médecine mentale en France, depuis le jour où Pinel et Esquirol lui ont imprimé une si puissante impulsion. Pourtant, de nombreux travaux ont été accomplis depuis cette époque, qui ont contribué puissamment à ébranler cet édifice en apparence si solidement établi.

Et d'abord, la création de la paralysie générale, qui constitue la découverte la plus importante du siècle dans la médecine mentale, a été la première brèche faite à ces doctrines et à la classification de nos maîtres. Etablir, en effet, par la comparaison d'un nombre considérable de faits bien observés, qu'il existe une maladie cérébrale spéciale, caractérisée par des symptômes physiques bien déterminés, par des phénomènes psychiques spéciaux, par des lésions anatomiques bien caractérisées et par une évolution particulière, réunissant dans son sein les quatre formes principales de la classification de nos maîtres, mais imprimant à chacune d'elles un cachet particulier en rapport avec la maladie spéciale qui leur donnait naissance, c'était là la plus grave atteinte que l'on pouvait diriger contre les bases mêmes sur lesquelles reposait cette classification !

Il en a été de même des études plus approfondies faites sur l'alcoolisme aigu et chronique, depuis Magnus Huss jusqu'à nos jours, et qui ont porté une nouvelle atteinte à la classification régnante, en démontrant qu'une cause unique, l'influence de l'alcool, pouvait imprimer des caractères spéciaux aux quatre formes principales de cette classification : la manie, la mélancolie, la monomanie et la démence.

La découverte de la folie circulaire, ou folie à double forme, faite par mon père et par M. Baillarger en 1854, a été une attaque plus grave encore contre cette classification, puisqu'elle a démontré que les deux formes principales, considérées comme essentiellement distinctes l'une de l'autre, pouvaient se succéder régulièrement chez le même individu, et, au lieu de constituer deux espèces vraiment naturelles de maladies mentales, ne représentaient plus que deux états symptomatiques susceptibles de se transformer l'un dans l'autre.

La description du délire de persécution, séparé d'abord par Lasègue, en 1852, du grand groupe des mélancolies d'Esquirol, pour constituer une espèce particulière de maladie mentale, étudiée, depuis lors, dans ses périodes successives et dans son évolution naturelle, a été une nouvelle atteinte à la classification de nos maîtres.

Enfin, Morel est venu porter un dernier coup à ces doctrines par sa théorie générale des dégénérescences et par sa classification étiologique, qui ont été le point de départ des modifications les plus importantes accomplies depuis lors dans la médecine mentale.

Si nous ajoutons, à tous ces faits importants, les études faites sur le délire épileptique et l'épilepsie larvée, les travaux sur les délires émotifs, la folie avec conscience, la folie du doute et le délire du toucher ; si nous y joignons les travaux considérables accomplis, depuis la découverte de Broca, sur l'aphasie et ses diverses variétés, et sur les localisations cérébrales, par Charcot et par son école de la Salpêtrière, qui ont réagi sur toute la pathologie cérébrale, ainsi que les recherches de Lasègue, sur les cérébraux et les traumatismes du cerveau, sans parler de beaucoup d'autres travaux importants accomplis dans ces dernières années, et sur lesquels il nous est impossible d'insister dans cette revue trop rapide pour être complète, nous pouvons dire avec vérité que notre science spéciale, qui a encore conservé, pour la forme, les dénominations de nos maîtres et une apparente immobilité, a singulièrement progressé depuis 1840, date de la mort d'Esquirol. Un mouvement considérable s'est produit depuis lors dans la pathologie mentale, mouvement puissant, auquel nous assistons aujourd'hui, qui va grandissant de jour en jour, dont nous ressentons à chaque instant de nouvelles secousses et qui aboutira bientôt à la destruction complète de l'édifice élevé par nos maîtres depuis le commencement de ce siècle. Ce monument est aujourd'hui ruiné de toutes parts. Toutes les divisions intérieures sont détruites ou déplacées ; on a modifié toutes les délimitations et toutes les distributions intérieures ; on n'a laissé subsister que la façade, qui est elle-même lézardée, mais qui conserve encore toutes les apparences de l'ancien édifice et peut donner l'illusion de sa conservation intérieure.

Mais nous sommes dans une période de transition et de transfor-

mation scientifique qui doit aboutir tôt ou tard au renversement complet de l'édifice.

Nous n'attendons plus que la main puissante d'un nouvel architecte, capable, non-seulement de le renverser, mais d'en construire un nouveau destiné à le remplacer; car on ne détruit réellement que ce que l'on remplace.

Des tentatives variées ont été faites dans ce sens depuis une trentaine d'années et ont déjà produit des résultats partiels très dignes d'attention. Mais le travail d'ensemble n'existe pas encore. Nous avons fait, depuis cinquante ans, de véritables découvertes sur les terrains nouveaux de la pathologie mentale. Nous avons parcouru des territoires inconnus jusque-là, dont nous avons mieux étudié les contours, la topographie et les délimitations. Nous avons conquis de nouvelles provinces dans le domaine de la médecine mentale, et nous devons les conserver avec soin, sans permettre qu'on vienne nous les enlever, parce qu'elles sont désormais acquises à la science. Mais il est beaucoup d'autres régions encore mal connues, mal étudiées ou incomplètement explorées dont la découverte appartient à l'avenir. Nous sommes loin d'avoir parcouru complètement le vaste domaine de notre science spéciale. N'oublions donc pas que nous sommes dans une période de transition et de transformation, et ne nous livrons pas à des généralisations hâtives et prématurées. Contentons-nous de ce que nous avons déjà acquis et unissons nos efforts pour arriver à de nouvelles découvertes et pour cultiver en commun le vaste champ de la science. Nous ne sommes pas encore arrivés à l'époque des formules définitives et d'une systématisation générale. Gardons-nous donc, par dessus toutes choses, d'un dogmatisme prématuré et des formules trop arrêtées d'une science encore incomplète. Evitons surtout de nous renfermer dans un cercle d'idées trop étroit, qui arrêterait le mouvement de la science au lieu de le favoriser, et ne promulguons pas les dogmes d'une petite église exclusive et systématique, qui, en excommuniant tous les dissidents, comme des hérétiques, enrayerait la marche de la science, au lieu de contribuer à son avancement et à ses progrès !

Jules Falret.

Paris, septembre 1889.

MALADIES MENTALES

ÉTUDES CLINIQUES

I

PRINCIPES A SUIVRE

DANS

LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES (1)

— 1860 —

En abordant la discussion soulevée au sein de la société médico-psychologique sur la classification des maladies mentales, je n'ai pas l'intention de passer en revue les systèmes très nombreux de classement adoptés par les divers auteurs, en France et à l'étranger. Ce travail a déjà été fait d'une manière suffisamment étendue par Buchez (2). Je laisserai donc de côté cet aspect de la question, c'est-à-dire l'historique des classifications proposées, à toutes les époques et dans tous les pays, pour dénommer et classer les maladies mentales.

Je ne viens pas non plus ajouter une classification nouvelle à la liste déjà si longue de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour.

Je me propose seulement de rappeler les principes qui doivent présider, dans toutes les sciences, à l'établissement d'une classification naturelle; de montrer que celle qui est généralement adoptée ne répond pas à ces principes, et d'indiquer brièvement

(1) Discours prononcé à la Société médico-psychologique, le 26 novembre 1860, à l'occasion d'une discussion sur ce sujet.

(2) Buchez, Rapport sur le *Traité des maladies mentales* de Morel.

dans quelle voie on devrait s'engager pour arriver le plus promptement possible à ce résultat si désirable, but définitif de toute science digne de ce nom.

§ 1er. — Classifications naturelles dans les sciences.

Je ne puis m'étendre longuement sur l'utilité des classifications en général, ni sur la supériorité que présentent les méthodes dites naturelles, ayant pour base un ensemble de phénomènes, sur les classifications artificielles ou systématiques, qui ne reposent que sur un petit nombre de faits, ou même sur un seul caractère. Ce sont là des généralités applicables à toutes les sciences, que nous ne pouvons que rappeler et non développer ici.

Certaines personnes, à l'époque actuelle, sont disposées à nier l'utilité des classifications et à les considérer comme une œuvre stérile, qui nuit plus qu'elle ne sert à l'avancement de la science.

Parler ainsi, c'est nier la nature essentielle de l'esprit humain et la tendance instinctive qui le porte, malgré lui, à rapprocher les faits par leurs analogies, à les séparer par leurs différences, et qui l'oblige impérieusement à rechercher des lois générales, propres à lui servir de guide au milieu de la multiplicité des faits particuliers.

Cette tendance est tellement inhérente à l'esprit humain, c'est une nécessité si absolue de sa nature, qu'elle se manifeste dans l'enfance des individus comme dans l'enfance des peuples. C'est elle qui porte instinctivement les enfants à saisir d'abord les caractères généraux des objets, avant d'en apprécier les divers détails ; c'est elle qui préside à la formation des langues chez les peuples primitifs, où les idées générales, telles que l'idée d'arbre, par exemple, sont exprimées avant les idées particulières de chêne, de peuplier, etc.

En partant de cette synthèse primitive, faite d'emblée, par un acte spontané d'abstraction de l'esprit, l'homme descend peu à peu, par une analyse de plus en plus exacte, la pente insensible qui l'amène progressivement de ces idées générales à la connaissance de plus en plus parfaite des faits particuliers. Mais après cette longue période analytique, l'esprit humain ne peut plus se reconnaître au milieu des diversités individuelles ; il éprouve le besoin impérieux de

remonter péniblement la pente, qu'il a lentement descendue, et il s'élève de nouveau, par une synthèse savante, plus rigoureuse et plus vraie que la synthèse primitive, à la connaissance des faits généraux et des lois générales.

Telle est la marche inévitable de l'esprit humain, non seulement dans la formation du langage, mais dans toutes les sciences, dans toutes les branches des connaissances humaines.

Nier la nécessité des classifications dans les sciences, ce serait donc nier les conditions mêmes d'existence de l'esprit humain. Aussi, lorsque des écoles soi-disant exactes ont la prétention de se priver de tout classement des faits dans les sciences d'observation, et de se borner à l'examen direct et individuel des cas particuliers, l'esprit de l'homme, qui ne peut se plier à ces exigences systématiques, incompatibles avec sa nature, se fait à lui-même des modes de classement tout à fait vicieux et incomplets, dont il se sert provisoirement, en l'absence d'une classification régulière et vraiment scientifique.

Puisque les classifications dans les sciences sont indispensables à l'esprit humain et qu'il ne saurait s'en passer, quels sont donc les principes sur lesquels doivent reposer les classifications les plus propres à remplir le but que l'on se propose en classant les faits? Comment les rapprocher par leurs analogies véritables et les séparer par leurs différences essentielles, de manière à pouvoir conclure du placement d'un fait dans une classe, non seulement à l'ensemble des caractères qu'il présente, mais encore à son évolution, c'est-à-dire à pouvoir conclure du présent au passé et à l'avenir.

Ces principes de classification, nous n'avons pas à les rechercher, ni à les inventer. Ils sont tout trouvés. Ils ont été découverts par des hommes de génie qui nous ont précédés dans l'histoire de la science. Nous n'avons qu'à les puiser dans des sciences plus avancées que les nôtres, dans les sciences naturelles, dans la botanique par exemple (la plus perfectionnée de toutes sous ce rapport), et à les appliquer ensuite à la médecine en général, et à notre spécialité en particulier. Ces principes peuvent se résumer en deux mots : il faut rechercher des *méthodes naturelles*, c'est-à-dire des modes de classement reposant sur un ensemble de caractères, subordonnés et coordonnés, et se succédant dans un ordre déterminé, et non des

systèmes artificiels qui rapprochent les faits à l'aide d'un seul ou d'un petit nombre de caractères, et qui ne permettent de rien conclure, en dehors de celui qui sert de prétexte à la réunion de faits très dissemblables sous tous les autres rapports.

Pour résumer brièvement les conditions essentielles de classifications naturelles, nous dirons qu'elles sont au nombre de trois:

1° La classe doit reposer sur un *ensemble de caractères* appartenant à tous les faits qui y sont compris, et non sur un seul caractère servant à rapprocher artificiellement les faits les plus dissemblables sous d'autres rapports.

2° Ces caractères doivent être subordonnés et hiérarchisés de telle façon qu'en indiquant le caractère le plus important, on puisse faire deviner ou supposer l'existence de presque tous les autres.

3° Les faits réunis dans une même classe, doivent non seulement présenter, à un moment donné, un ensemble de caractères communs qui les rapprochent et de caractères différentiels qui les distinguent des classes voisines; ils doivent encore se succéder dans un ordre déterminé à l'avance, avoir un mode de succession possible à prévoir, en un mot, une évolution qui leur soit propre.

Ainsi donc:

Ensemble de caractères communs et différentiels ; subordination de ces caractères ; évolution successive, possible à prévoir, des faits réunis dans une même classe, telles sont les conditions nécessaires pour qu'une classification mérite le nom de méthode naturelle.

Il n'est pas besoin d'une longue attention pour s'apercevoir que les classifications que nous possédons dans la pathologie mentale sont loin de réunir ces conditions *sine qua non* d'une méthode naturelle.

Sans entrer dans les détails des divers principes qui ont jusqu'ici servi de base à nos classifications, il est facile de se convaincre qu'elles appartiennent toutes aux systèmes artificiels, c'est-à-dire qu'elles sont basées sur un seul, ou sur un petit nombre de caractères.

On peut en effet les diviser en quatre catégories principales:

Elles reposent :

1° *Sur les facultés* intellectuelles, morales ou instinctives, admises par les psychologues, qu'on suppose *lésées isolément* dans la folie :

folies de l'intelligence, de la sensibilité ou de la volonté; folies sentimentales, folies intellectuelles et folies instinctives;

2° *Sur les idées ou les sentiments prédominants* : folies d'orgueil, folies religieuses, folies érotiques, etc. ;

3° *Sur les actes* auxquels se livrent les malades : folies, suicides, homicides, incendiaires, kleptomanies, etc. ;

4° Enfin, *sur l'étendue plus ou moins grande du délire* et sur son caractère triste ou gai : aliénation générale et aliénation partielle, expansive ou dépressive.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'examen détaillé de ces quatre espèces de classifications. Nous nous bornerons à dire, relativement aux trois premières, qu'elles sont essentiellement systématiques ; qu'elles ne reposent que sur un seul caractère ; qu'ainsi, elles réunissent dans un même groupe des faits qui ne présentent entre eux aucun autre point de contact que celui du caractère unique qui sert à les rapprocher. Ce mode de classement peut présenter de l'utilité pour l'étude des lésions isolées des facultés dans la folie, pour la symptomatologie des idées, des sentiments ou des actes prédominants chez les aliénés ; mais c'est un procédé purement séméiologique, qui peut avoir un avantage pour l'examen méthodique des symptômes, mais qui ne pourra jamais servir de base à un classement naturel des maladies.

Quant au quatrième mode de classement (reposant sur l'étendue plus ou moins grande du délire) qui sert de base à la classification aujourd'hui généralement adoptée, il est sans doute moins artificiel et moins imparfait que les modes de classement précédemment cités ; autour du caractère principal viennent en effet se grouper d'autres phénomènes secondaires qui permettent, jusqu'à nouvel ordre, de faire une description utile et pratique des diverses formes de maladies mentales comprises dans cette classification. Nous lui adresserons néanmoins les mêmes reproches généraux : elle rapproche les aliénés par des analogies factices ; elles ne tient pas assez compte de l'ensemble des phénomènes qu'ils présentent, et surtout elle ne comporte pas l'idée d'une marche possible à prévoir à l'avance. Cependant, la valeur relative de cette classification, l'importance qui résulte de ce qu'elle est aujourd'hui généralement admise, nous obligent à ne pas nous borner à la critiquer sous cette forme géné-

rale et à examiner avec soin chacune des formes qui la composent. Nous allons donc passer successivement en revue, au point de vue qui nous occupe, les quatre formes principales de la classification de Pinel et d'Esquirol, la *manie*, la *mélancolie*, la *monomanie* et la *démence*.

§ 2. — Examen critique de la classification de Pinel et d'Esquirol.

Délires généraux. — Les malades que l'on classe parmi les *délires généraux* se rapprochent les uns des autres par certains caractères extérieurs qui établissent entre eux quelques points de contact; mais ils diffèrent tellement sous d'autres rapports, qu'on ne peut voir dans ce rapprochement qu'un simple classement provisoire, et non une forme véritable de maladie mentale. Quels sont, en effet, les caractères qui servent à réunir dans un même groupe ces aliénés si différents les uns des autres? Le délire est général, dit-on, c'est-à-dire qu'on ne peut préciser aucune direction d'idées ou de sentiments réellement prédominante, dont on puisse faire découler comme d'une origine commune les diverses manifestations par les paroles ou par les actes. Le malade est dans un état général d'excitation qui se traduit au dehors par ses discours et par ses actes. Les pensées se succèdent avec rapidité et sans suite. L'aliéné passe à chaque instant par les idées ou les émotions les plus variées, et l'incohérence plus ou moins grande de son langage est en rapport avec cette succession rapide de pensées, d'émotions et de sentiments fragmentés, aussitôt abandonnés que conçus. Les actes de ces aliénés sont aussi désordonnés que leurs paroles. Ils frappent, ils crient, ils chantent, ils se remuent en tous sens, brisent les objets qui tombent sous leurs mains, se déshabillent, se roulent par terre et déchirent leurs vêtements. En un mot, toutes les manifestations extérieures établissent, à première vue, une différence qui paraît très tranchée, entre ces aliénés atteints de délire général avec excitation, et les autres malades habitant le même asile, qui se présentent à l'observateur avec toutes les apparences de la raison, et chez lesquels une étude attentive est nécessaire pour découvrir dans sa sphère restreinte le trouble des idées ou des sentiments.

Mais si les aliénés atteints de délire général se rapprochent entre

eux, et se différencient des malades affectés de délire partiel, par les caractères communs, saillants à première vue, que nous venons d'indiquer sommairement, combien ils diffèrent profondément les uns des autres lorsqu'on les soumet à une observation sérieuse et prolongée!

Nous ne pouvons faire ici un examen détaillé des diverses catégories de malades, groupés aujourd'hui artificiellement sous le nom de *maniaques*, et qui, au point de vue d'une science plus avancée, mériteraient d'être nettement distingués les uns des autres; mais nous devons donner, à cet égard, quelques indications générales, pour faire comprendre les différences fondamentales qui les séparent.

Et d'abord, la distinction scientifique entre les diverses variétés de délires aigus, toxiques ou fébriles, et le délire général chronique des aliénés, ne peut être établie aujourd'hui d'une manière rigoureuse. Quelques auteurs mêmes soutiennent, avec quelque apparence de raison, que cette distinction ne peut être qu'arbitraire, et que toute limite entre le délire aigu et la folie, au lieu d'être recherchée, devrait être effacée. Sans doute, les caractères généralement admis pour séparer le délire aigu du délire chronique (tels que la présence ou l'absence de la fièvre, l'existence d'une cause toxique, ou la maladie d'un organe autre que le cerveau dans un cas, et la lésion essentiellement idiopathique de cet organe dans l'autre, enfin la durée très courte du délire aigu, opposée à la durée beaucoup plus longue du délire chronique), sont des moyens tout à fait insuffisants pour séparer nettement ces deux formes du délire, que l'étude plus exacte de leurs phénomènes psychiques permettrait peut-être de distinguer d'une manière plus sérieuse et plus utile pour la pratique. Mais ce n'est pas là ce dont il s'agit en ce moment. Nous voulons seulement faire remarquer que, dans l'état actuel de la science, on réunit dans la même classe, d'un côté, des malades qui présentent presque tous les symptômes physiques et moraux des délires aigus, et d'autre part, d'autres malades, atteints de délire chronique, dont l'état physique et moral diffère singulièrement de celui des états aigus.

Que voyons-nous, en effet, chez certains aliénés atteints de manie aiguë qu'on observe dans les asiles?

Nous voyons ces malades dans un état presque fébrile, ayant la peau sèche et chaude, les lèvres fuligineuses, la langue chargée, un amaigrissement extrême, en un mot, un état physique qui doit donnèr les plus vives inquiétudes pour leur vie. Nous observons en même temps chez ces aliénés un état mental qui se rapproche beaucoup plus du délire des maladies aiguës que de la manie proprement dite. L'agitation des mouvements est portée au plus haut degré. Le malade ne peut rester un instant en place; il a un besoin incessant de remuer dans toutes les directions et de parler sans interruption, avec une sorte de rage. Il se livre souvent à un crachotement perpétuel, ou bien sa voix s'altère et sa bouche se dessèche, par suite de sa loquacité intarissable; et cependant, rien ne peut arrêter ce flux non interrompu de paroles, et cette agitation fébrile des mouvements, qui arrive quelquefois jusqu'au point de déterminer des eschares dans les parties du corps les plus saillantes et le plus en rapport avec les objets extérieurs.

L'état mental des aliénés atteint de cette manie suraiguë est aussi différent que leur état physique de celui de la plupart des autres maniaques. Je résumerai les caractères de leur délire en disant qu'ils sont en quelque sorte dans un état de rêve, tandis que les autres participent beaucoup plus des caractères de l'état de veille. Ces malades ne font aucune attention à ce qui se passe autour d'eux. Un voile épais les sépare du monde extérieur. C'est à peine si de temps en temps quelques-uns des objets qui les entourent sont aperçus par eux, ou si quelques-unes des paroles prononcées en leur présence arrivent jusqu'à leur intelligence, après avoir frappé leurs oreilles.

Chez ces maniaques suraigus, le délire est tout intérieur; il s'alimente presque entièrement par les souvenirs ou les idées qui surgissent spontanément dans leur esprit, et nullement par les impressions venues du dehors.

Ce délire est en outre plus vague; moins suivi et plus incohérent que celui des autres maniaques. C'est à peine si en écoutant les mots sans suite articulés incessamment par ces malades, on arrive à y trouver un sens, ou même à comprendre la tendance dominante de leurs idées, et la nature des pensées qui les agitent. Quelques-uns même, dans cet état de manie suraiguë, se bornent à répéter,

avec un acharnement que rien n'apaise, le même membre de phrase ou le même mot pendant des journées entières, d'une manière tout automatique et sans un instant de répit.

Eh bien ! qui ne comprend combien ce tableau, applicable à un certain nombre de maniaques suraigus, que nous sommes tous les jours appelés à observer, diffère profondément de celui de la plupart des autres aliénés affectés de délire général avec excitation ?

Indépendamment de la situation physique toute différente, que voyons-nous, en effet, quand nous abordons dans la cour d'un asile d'aliénés, ou dans sa cellule, un maniaque ordinaire, même en état de très vive agitation?

Il vient à nous aussitôt qu'il nous aperçoit ; il nous interpelle ou nous injurie ; il nous adresse avec une extrême volubilité, et souvent avec irritation, ses plaintes ou ses imprécations ; il intercale fréquemment au milieu de son délire plus ou moins incohérent, des idées ou des interprétations qui lui sont fournies par les diverses circonstances qui se passent autour de lui, par les choses qu'il voit, qu'il entend, ou qu'il perçoit au moment même. En un mot, son délire, quelque incohérent qu'il soit, s'alimente autant, et même plus, par les sensations extérieures actuelles que par la spontanéité des souvenirs, des idées ou des sentiments. Le malade, au lieu de délirer intérieurement et d'avoir rompu tout rapport avec le monde extérieur, comme dans le sommeil ou dans les délires aigus, est dans un état analogue à l'état de veille. Il délire parallèlement sur les idées qui se succèdent dans son esprit avec une étonnante rapidité, et sur les impressions qui lui viennent à chaque instant du monde extérieur.

La différence physique et morale qui existe entre ces deux espèces de maniaques, que la classification actuelle réunit cependant dans une même classe, nous paraît fondamentale, même au point de vue purement symptomatique. Elle établit, selon nous, entre ces deux variétés de la manie plus qu'une différence de degré. Que dira-t-on, si l'on découvre qu'à ces différences essentielles dans les symptômes correspondent des différences non moins importantes sous le rapport de la marche ; si l'on arrive, par exemple, à prouver que les maniaques offrant les caractères physiques et moraux du premier état guérissent ou meurent rapidement, dans un temps très court,

tandis que ceux qui présentent, dès le début de leur affection, les caractères de l'état de veille, ont nécessairement une maladie de longue durée, et s'ils guérissent, ne peuvent arriver à ce résultat avant six mois ou un an ? Quelle importance pour le diagnostic et le pronostic, peut-être même pour la thérapeutique, peut présenter une distinction entre ces deux états, confondus aujourd'hui sous une même dénomination !

Un autre état, également confondu avec la manie proprement dite, est celui qu'on peut désigner sous le nom d'*excitation* ou d'*exaltation maniaque*. Cet état est caractérisé par une simple suractivité de toutes les facultés, sans véritable incohérence. Les malades qui en sont atteints présentent une succession rapide et une véritable fécondité d'idées. Ils parlent sans cesse, avec une faconde et une intempérance de langage indicibles, mais les phrases qu'ils prononcent sont parfaitement suivies ; elles ont un sens nettement déterminé et ne ressemblent en rien aux phrases fragmentées et incomplètes des autres maniaques. Ces malades ont tant d'activité dans l'intelligence, des réparties si vives, tant de ressources dans l'esprit, que ceux qui les ont connus autrefois dans l'état de santé ne les reconnaissent plus, et qu'eux-mêmes, ayant en partie conscience de leur situation, déclarent qu'ils sont doués, pendant la durée de cet état maladif, de facultés qu'ils n'ont jamais possédées. Ils composent des vers et des pièces de poésie ; ils ont une facilité d'élocution et une mémoire bien plus grandes que dans leur état normal. — C'est dans ces cas que l'on peut dire avec vérité ce que l'on a dit avec exagération des autres aliénés, que la maladie développait souvent chez eux des facultés qui n'existaient pas avant son invasion, et donnait ainsi aux malades plus d'esprit pendant leurs accès que dans leurs intervalles. A cette activité excessive des idées, s'allient, chez ces maniaques exaltés, un sentiment de bien-être et d'exubérance de santé, des dispositions à l'irritation et à la colère, des impulsions violentes, des actes très désordonnés, et un besoin incessant de mouvement, n'entraînant aucune fatigue pendant le jour et pendant la nuit, état qui rend ces malades les plus difficiles à vivre, les plus indisciplinables et les plus insupportables de tous les aliénés, soit dans leur famille et dans la société, soit dans l'intérieur même des asiles. Eh bien ! comment comparer ces aliénés qui

présentent une simple exaltation de toutes les facultés, sans trouble véritable dans les idées, qui ont même une activité intellectuelle plus grande qu'à l'état physiologique, avec les autres maniaques, dont les idées ne se succèdent plus d'après les lois de l'état normal, et qui présentent un trouble si étendu et si général des idées, qu'ils sont l'emblème du désordre et du chaos?

Cette différence symptomatique entre les deux états est d'autant plus importante à signaler, que ces deux variétés si distinctes de la manie paraissent survenir dans des conditions de marche et de durée tout à fait différentes. On voit, en effet, le plus souvent l'état que nous venons de décrire sous le nom d'*exaltation maniaque*, tantôt se produire d'une manière intermittente, sous forme d'accès, tantôt alterner avec la dépression mélancolique, comme période de la folie circulaire ou à double forme. C'est ainsi qu'à une différence fondamentale puisée dans les caractères symptomatiques des deux états, correspond une différence aussi essentielle dans leur marche, qui augmente encore l'importance de cette distinction.

Il est une autre catégorie d'aliénés, classés aujourd'hui parmi les maniaques, et qui diffèrent singulièrement aussi, sous le rapport de leur situation mentale intérieure, de ceux que l'on est convenu de prendre pour types de la manie ordinaire. Ces malades ont les mêmes manifestations extérieures que les maniaques proprement dits ; ils sont agités dans leurs mouvements et violents dans leurs actes ; ils parlent à haute voix, ils crient et se livrent aux actions les plus désordonnées, qui obligent à les traiter dans les asiles comme les maniaques les plus incohérents. Mais si l'on ne s'arrête pas à l'observation superficielle de ces caractères extérieurs ; si l'on étudie attentivement le sens des paroles qu'ils prononcent, et les idées ou les sentiments qui les dominent, on ne tarde pas à s'apercevoir que ces prétendus maniaques sont en réalité dominés par des séries d'idées prédominantes, qui roulent dans un cercle très restreint. Ce sont bien plutôt des aliénés partiels, dans un moment de paroxysme, que des maniaques proprement dits, présentant cette succession rapide et irrégulière d'idées fragmentées et incomplètes qui est, en somme, plus encore que l'agitation des mouvements, le caractère essentiel de l'état maniaque. On constate alors, chez ces aliénés, par une observation attentive, des idées prédominantes,

souvent de nature triste, au milieu d'un état d'excitation simulant la manie véritable. De même, dans d'autres circonstances, on observe, au milieu d'une agitation également maniaque, les prédominances d'idées de grandeur ou de satisfaction mal coordonnées et contradictoires, qui caractérisent essentiellement la paralysie générale, et non la manie simple et sans complication. Voilà donc des états qui ont, à première vue, les caractères extérieurs de la manie et qui ne sont au fond que des aliénations partielles, avec des prédominances de délire bien déterminées, dans un moment de paroxysme qui leur donne les apparences du délire général.

A ces états mixtes si fréquents, il faut encore ajouter des états précisément inverses, dans lesquels on observe un trouble général de l'intelligence et une confusion extrême des idées, alliés au calme des mouvements et aux apparences de raison qui ne semblent conciliables qu'avec les délires partiels. Ces états qui, sous certains rapports, participent des caractères des délires généraux, et qui, par certains autres côtés, se rapprochent des délires partiels, établissent entre les deux classes, supposées si distinctes de la classification actuelle, des analogies tellement nombreuses, que, dans beaucoup de circonstances, toute ligne de démarcation sérieuse devient impossible entre les délires généraux et les délires partiels. On est alors obligé, pour rentrer dans la vérité de l'observation, d'employer les expressions hybrides et contradictoires, de *mélancolies maniaques* ou de *manies mélancoliques*, auxquelles certains auteurs ont eu recours pour dénommer ces états intermédiaires si fréquents dans la pratique, expressions qui, passées dans l'usage, seraient la condamnation la plus éclatante de la classification régnante.

Que dira-t-on maintenant si, à ces rapprochements déjà nombreux qu'établissent les faits intermédiaires, au point de vue symptomatique, entre les aliénations générales et les aliénations partielles, nous ajoutons que ces deux prétendues formes de maladies mentales ne présentent pas seulement, sous le rapport de leurs symptômes, de grandes analogies, mais qu'elles peuvent alterner chez le même malade à divers intervalles, comme cela a lieu si fréquemment, ou même qu'elles peuvent se transformer l'une dans l'autre d'une manière régulière, comme on l'observe dans la forme de maladie

mentale décrite sous les noms de *folie circulaire* ou de *folie à double forme ?* Voilà donc deux classes de maladies mentales, supposées essentiellement distinctes, qui non seulement présentent entre elles de nombreux états intermédiaires (participant à un tel point des caractères de l'une et de l'autre, qu'on ne sait dans laquelle des deux on doit les ranger de préférence), mais qui remplissent si peu les conditions exigées pour une forme de maladie vraiment naturelle, qu'elles n'ont aucune marche possible à prévoir, et qu'elles alternent, se remplacent et se succèdent, chez le même malade, pendant tout le cours de son affection !

Délires partiels. — Les aliénés classés aujourd'hui dans la catégorie des aliénations partielles ont-ils entre eux plus d'analogies que ceux que l'on considère comme appartenant à la classe des délires généraux ?

Et d'abord, que doit-on entendre par le mot *délire partiel* opposé au *délire général ?* Les deux caractères qui servent à distinguer ces deux genres de malades sont, d'un côté, le calme des mouvements et les apparences de raison, opposées à l'agitation désordonnée des maniaques, et de l'autre, la limitation du délire, dans une sphère assez restreinte de l'intelligence et des sentiments, opposée au trouble beaucoup plus étendu de toutes les facultés que l'on observe dans les délires généraux. Mais ici se présente immédiatement cette question, si souvent posée de nos jours et si diversement résolue : Existe-t-il dans tous les délires partiels, en dehors des séries d'idées délirantes, ou de sentiments altérés, qui prédominent chez ces malades, et sont appréciables par tous à première vue, existe-t-il, dis-je, chez la plupart des aliénés affectés de délire partiel, un état général de trouble qui constitue le fond de la maladie et sur lequel se développent les idées délirantes, qui seules attirent l'attention ?

Cette question peut paraître résolue négativement pour ceux qui croient à l'existence des monomanies, dans le sens rigoureux du mot. Elle l'est surtout pour ceux qui, sans se prononcer sur le degré de fréquence des monomanies vraies, admettent dans les aliénations partielles les lésions isolées de certaines facultés, telles que les lésions de la volonté, de l'attention ou de la mémoire. Pour ces auteurs, la production du délire a lieu, dans l'aliénation partielle,

d'après les lois de la logique. Etant donné dans l'esprit du malade un point de départ faux, mais unique, on suppose qu'il en déduit logiquement toutes les conséquences ultérieures de son délire, lesquelles peuvent ainsi être rattachées à un seul point de départ, et concentrées autour d'une seule idée, comme autour d'un centre commun. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question si importante du mode de production des idées délirantes ; selon les uns, elles germent peu à peu sur un sol maladif, qui, par conséquent, préexiste à leur formation ; selon les autres, au contraire, elles se produisent par voie de déduction logique, et dérivent ainsi d'une idée délirante unique, de la lésion d'une seule faculté intellectuelle ou d'un seul sentiment. Mais, sans nous lancer dans cette voie si périlleuse de la physiologie pathologique, il nous suffira de rester sur le terrain de l'observation clinique, pour montrer qu'il existe un trouble général dans toutes les aliénations partielles, soit monomaniaques, soit mélancoliques, en apparence les plus limitées à une série d'idées, à la lésion d'une seule faculté ou d'un seul sentiment.

Nous ne voulons pas, pour cette démonstration, nous appuyer seulement sur notre observation personnelle, qui pourrait être contestée et suspecte de partialité. Nous nous contenterons de faire un appel à tous ceux qui voudront étudier attentivement les aliénés atteints de délire partiel. Pour cela, il ne faut pas seulement les observer à un moment donné de leur maladie, dans une période de rémission, ou bien dans la période ultérieure de systématisation, où le fond général du délire est souvent masqué par des prédominances très prononcées, mais dans des moments très différents de leur affection. Nous sommes convaincu qu'en procédant ainsi, on découvrira facilement chez eux une confusion générale des idées, ou un trouble très étendu, que le malade décrit souvent lui-même avec beaucoup d'exactitude, et qui devient manifeste pour tous dans certains paroxysmes, qui se produisent de temps en temps, même dans les aliénations mentales en apparence les plus restreintes. Nous n'avons, du reste, qu'à signaler ici les tentatives de classification qui ont été faites dans ces dernières années, pour y trouver la preuve convaincante du fait que nous voulons établir.

La plupart de ces tentatives, quoique faites à des points de vue

très différents, et ayant conduit leurs auteurs à des résultats souvent opposés, ont eu néanmoins un côté par lequel elles se rapprochent. Elles ont contribué, en définitive, au même résultat, c'est-à-dire à ébranler l'édifice de la classification actuelle, et à effacer de plus en plus la limite artificielle établie entre les délires partiels et les délires généraux. D'un côté, mon père, tout en respectant jusqu'à nouvel ordre la distinction fondamentale posée par Pinel et par Esquirol entre les aliénations partielles et les aliénations générales, a, dans tous ses travaux, dirigé son attention et celle des autres observateurs sur l'existence d'un trouble général, plus ou moins manifeste, dans tous les cas de délire partiel même le plus limité (1).

D'un autre côté, Morel (2), avant d'avoir complètement abandonné la classification régnante, comme il l'a fait depuis (3), avait déjà commencé à attaquer la base même de cette classification, en exagérant le principe posé par mon père.

Il ne s'était pas borné, en effet, à proclamer l'existence d'un trouble plus ou moins étendu de l'intelligence et des sentiments, dans toutes les aliénations partielles. Il avait été plus loin. Il avait franchi la limite arbitraire posée entre les deux classes d'aliénation mentale, et il avait fait passer résolument toutes les monomanies dans la manie, en leur imposant le nom de *manies systématisées*. Cette suppression absolue de toute distinction entre les délires partiels et les délires généraux était évidemment une réaction exagérée contre les idées régnantes, tant qu'on continuait à faire reposer la classification sur le principe de l'étendue du délire ; mais cette exagération même, qui ne pouvait être généralement adoptée, prouvait du moins la vérité de notre assertion, relativement à l'existence d'un trouble général dans toutes les aliénations partielles. Elle avait cette utilité, par son excès même, de faire sentir le vice fondamental du principe qui sert de base à cette classification.

Pendant que mon père et Morel concouraient ainsi à ébranler, par leurs travaux, les fondements de la classification de Pinel et d'Esquirol, d'autres auteurs, également en France (pour ne pas

(1) Voy. J.-P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés;* Paris, 1864.
(2) Morel, *Etudes cliniques sur les maladies mentales;* 1852 et 1853.
(3) Morel, *Traité des maladies mentales;* 1860.

parler des auteurs étrangers), arrivaient au même résultat par des voies différentes.

D'un côté, M. Baillarger, proclamant à son tour cette vérité, qu'il existe un trouble général de l'intelligence dans beaucoup d'aliénations partielles, séparait en deux catégories les faits rangés par Esquirol sous le nom générique de *lypémanie* ; il faisait passer l'une de ces catégories dans la classe des aliénations générales, en lui conservant le nom de *mélancolie*, et il laissait l'autre dans l'aliénation partielle, en lui donnant la dénomination de *monomanie triste*, pour la distinguer des autres espèces de monomanies, tout en l'en rapprochant.

Tandis que M. Baillarger se livrait à ce travail de dissolution de la classification de Pinel et d'Esquirol, M. Delasiauve arrivait parallèlement au même résultat, tout en exprimant l'intention de consolider cette classification, au lieu de la détruire. En créant, en effet, sous le nom de *pseudo-monomanies*, un genre intermédiaire entre les délires généraux et les délires partiels (basé sur l'existence d'un trouble général au milieu d'un délire en apparence limité à quelques séries d'idées), M. Delasiauve manifestait bien la volonté de conserver ce nouveau genre dans la classe des aliénations partielles, en lui réservant le nom de *fausse monomanie ;* mais tout en cherchant à creuser plus profondément l'abîme qui sépare les états monomaniaques des états maniaques, il contribuait, au contraire, à le combler, en établissant un genre intermédiaire qui participait à la fois des caractères de l'un et de l'autre.

Les essais faits pour perfectionner la classification de Pinel et d'Esquirol, tout en respectant, en cherchant même à fortifier son principe, nous paraissent donc avoir abouti à un résultat précisément inverse. Ils ont conduit à une conséquence identique, d'autant plus importante à signaler que divers auteurs y sont arrivés en même temps par des voies différentes. Ils ont ébranlé jusque dans ses fondements le principe même sur lequel repose cette classification, qui ne subsiste plus aujourd'hui, après de si rudes atteintes, que parce que, jusqu'à présent, on n'en possède aucune autre qui puisse la remplacer avec avantage.

Nous ne pouvons insister plus longuement ici sur les analogies

nombreuses qui existent entre les délires généraux et les délires partiels, analogies qui souvent, rendent toute distinction impossible entre ces deux espèces de maladies mentales. Ces analogies sont si grandes, en effet, que le même fait peut à volonté être classé, par divers auteurs et selon les moments, dans l'une ou dans l'autre de ces deux catégories.

Cherchons maintenant à prouver que l'on réunit, sous le nom de *mélancolie* et sous celui de *monomanie*, les faits les plus disparates qui ne devraient, à aucun titre, figurer dans la même classe, au point de vue d'une classification régulière.

Mélancolie. — La *mélancolie*, c'est-à-dire l'aliénation partielle avec tristesse et dépression, paraît, à première vue, une espèce de maladie mentale assez naturelle. On se représente le mélancolique dans l'immobilité, dans la torpeur physique et morale, absorbé dans la contemplation d'idées pénibles, et l'on croit embrasser dans ce tableau général le plus grand nombre des faits d'aliénation partielle avec tristesse. C'est là en effet un type mieux caractérisé que beaucoup d'autres. Mais combien il est loin cependant de répondre aux véritables exigences de la science ! En étudiant avec soin les diverses catégories d'aliénés compris sous ce titre générique de mélancoliques, on ne tarde pas à découvrir, en effet, les différences profondes qui existent entre eux, et qui réclameraient une distinction fondamentale, au point de vue d'une classification naturelle. Sans entrer dans la description détaillée des différentes variétés de la mélancolie, nous pouvons indiquer rapidement quelques-unes des divisions principales que l'on pourrait établir, dès à présent, au milieu de ce groupe beaucoup trop vaste pour ne comprendre que des faits de même nature.

Il est des mélancoliques qui représentent réellement le type le plus prononcé de cette maladie. Plongés dans une véritable torpeur physique et morale, ils passent des journées entières dans le mutisme et dans l'immobilité la plus absolue, la tête baissée, les yeux fixés à terre, le regard morne et terne, la peau sèche, la circulation ralentie, les extrémités bleuâtres et froides ; souvent même, à un degré plus avancé, la salive s'écoule de leur bouche, et ils laissent aller sous eux involontairement leurs déjections. Ces malades, dans cet état d'immobilité et de ralentissement de toutes les fonctions

physiques, présentent, au moral, une extrême lenteur de toutes les conceptions, une absence presque complète d'idées, et une indifférence générale, qui peuvent être portées jusqu'à l'hébétude et aux divers degrés de la stupeur. Chez ces mélancoliques, qui sont beaucoup plus absorbés qu'attentifs, la circulation des idées est tellement ralentie, les impressions extérieures parviennent si difficilement jusqu'à leur intelligence, qu'on a pu, avec quelque apparence de raison, confondre, dans ses degrés extrêmes, cette mélancolie accompagnée de stupeur avec la stupidité veritable et l'idiotisme accidentel. On n'a pu, en effet, indiquer entre ces deux états qu'un seul caractère distinctif essentiel, tiré beaucoup plus des comptes rendus des convalescents que de l'observation directe pendant la maladie. On a dit que ces mélancoliques, plongés dans une stupeur voisine de la stupidité, étaient réellement sous le coup d'idées délirantes très pénibles, ou d'hallucinations terrifiantes, qui les immobilisaient ou les pétrifiaient en quelque sorte, et que le cours de leurs idées, quoique extrêmement ralenti, n'était pas absolument suspendu. Nous n'avons pas à aborder, en ce moment, cette discussion, secondaire à nos yeux, pour savoir si la stupidité et la mélancolie avec stupeur arrivée à son summum d'intensité, sont oui ou non un même état, ou deux états différents. Ce que nous voulons surtout faire remarquer ici, c'est qu'il existe une différence fondamentale entre ces variétés de la mélancolie, accompagnées d'un affaissement physique et moral qui peut aller jusqu'à la stupeur (mélancolie que nous désignerons par le terme générique de *dépressive*), et la plupart des autres mélancolies, avec prédominance d'idées de ruine, de persécution, de culpabilité, de crainte ou de défiance, que plusieurs auteurs, et en dernier lieu M. Baillarger, ont cru devoir séparer de la catégorie précédente (mélancolie générale), en leur réservant le nom de *monomanies tristes*.

Que voyons-nous, en effet, dans les cas si nombreux d'aliénation partielle, avec prédominance d'idées pénibles? Nous voyons des aliénés donés d'une grande activité intellectuelle et physique, qui manifestent souvent de la violence dans leurs paroles et dans leurs actes ; ils se plaignent de tout et de tous ; ils se font les avocats convaincus et ardents de leur délire ; ils éprouvent le besoin nvincible d'en communiquer les détails à ceux qui les entourent ;

ils se répandent en injures, en imprécations et en menaces de tous genres ; s'ils sont laissés en liberté, ils changent à chaque instant de domicile, poursuivent à outrance ceux qu'ils accusent d'être la cause de leurs maux imaginaires, et se livrent même souvent à des actes violents, qui supposent chez eux de grandes ressources d'intelligence pour les préparer, et une grande énergie de volonté pour les accomplir. Comment une classification digne de ce nom peut-elle admettre dans une même classe ces mélancoliques actifs d'esprit et de corps, et ces autres mélancoliques, en état de dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la stupeur à divers degrés, dont nous avons esquissé à grands traits le tableau tout à l'heure ? Eh bien, indépendamment de ces deux catégories bien distinctes de faits, confondus aujourd'hui sous la même dénomination de *mélancolie*, il en existe, selon nous, une troisième, également bien différente sous plusieurs rapports, à laquelle nous réservons plus spécialement le nom de *mélancolie anxieuse*. Ces malades n'ont pas le degré d'inaction intellectuelle et physique des mélancoliques dépressifs, mais ils n'ont pas non plus les prédominances d'idées bien marquées et systématisées des mélancoliques de la seconde catégorie. Ils sont dans une situation extrêmement pénible de tristesse vague et sans motifs. Ils éprouvent une anxiété générale, plus forte que leur volonté, qui les domine malgré eux, dont ils ont parfaitement conscience, mais dont ils ne peuvent parvenir à se débarrasser. C'est une anxiété vague et indéterminée qui pèse de tout son poids sur leur esprit et sur leur cœur, qui leur fait apercevoir le monde extérieur sous les couleurs les plus sombres, et leur état intérieur sous un aspect plus sombre encore. Ils ne guériront jamais, disent-ils ; ils sont perdus à tout jamais. Ils sont les plus malheureux des hommes ; personne ne peut comprendre toute l'étendue de leurs souffrances. Ils ont un profond dégoût de la vie, une désaffection générale pour tous ceux qu'ils aimaient autrefois. Ils sont indignes de vivre, indignes des soins que l'on a pour eux. Ils sont des monstres, de grands coupables ; ils ne méritent pas qu'on s'occupe d'eux ; et cependant, ils ne peuvent s'empêcher de fatiguer tous ceux qui les entourent du récit de leurs souffrances morales. Ces malades, en proie à une anxiété vague et indéterminée, qui se résume le plus souvent dans une simple hypocondrie

morale, et qui s'accompagne rarement d'idées délirantes plus déterminées de ruine, de culpabilité, de damnation, ou d'hallucinations de divers sens, ont presque constamment un besoin continuel de mouvement, qui les porte à marcher sans cesse, souvent la nuit comme le jour, et cela sans éprouver jamais un véritable sentiment de fatigue.

Une dernière remarque à faire, c'est que les aliénés atteints de cette variété particulière de la mélancolie éprouvent souvent des tremblements généraux, qui surviennent comme par accès, ainsi qu'une anxiété précordiale et une sensation de vacuité ou d'étau dans la tête, symptômes physiques qui sont plus fréquents dans cette forme de la mélancolie que dans toute autre.

Nous devons encore ajouter qu'à ces différences symptomatiques, entre les trois variétés que nous venons de décrire dans l'état mélancolique, se joignent des différences correspondantes dans la marche; la première est presque toujours continue, sans rémissions notables; la seconde est essentiellement rémittente, et la troisième, au contraire, presque toujours intermittente, se produit sous forme d'accès, qui surviennent le plus souvent à intervalles très éloignés.

Nous ne pouvons nous appesantir ici sur la description de ces variétés de la mélancolie, qui mériteraient de devenir l'objet d'un travail spécial. Nous n'avons eu qu'un but en signalant ici brièvement leurs principales différences : c'était de faire sentir combien les malades affectés d'aliénation partielle avec tristesse différaient profondément les uns des autres, malgré les analogies apparentes qu'ils présentent.

Monomanie. — Les malades atteints *d'aliénation mentale avec expansion (ou monomanie des auteurs),* offrent entre eux des différences plus saillantes encore que ceux appartenant à la classe des mélancolies. Et d'abord, le caractère principal qui sert à les rapprocher, c'est-à-dire la gaieté ou l'expansion, est loin de s'appliquer à tous les malades faisant partie de cette catégorie. Ce caractère de satisfaction et d'activité physique et intellectuelle a été plutôt établi par contraste avec la tristesse et la dépression des mélancoliques, que par suite d'une constatation directe chez les malades atteints de monomanie. Ce que l'on peut faire de mieux sous ce rapport, c'est de les caractériser par exclusion ou négativement,

en disant que le délire limité à un cercle restreint d'idées les différencie des maniaques, et que l'activité des facultés physiques et intellectuelles les distingue des mélancoliques. Mais combien ces distinctions vagues sont insuffisantes pour séparer, dans beaucoup de circonstances, les prétendus monomaniaques des mélancoliques avec activité intellectuelle dont nous parlions tout à l'heure, ou des maniaques à prédominances délirantes, dont nous avons parlé précédemment. Le délire de persécution, par exemple, si fréquent chez les aliénés, doit-il être classé parmi les mélancolies ou parmi les monomanies ? L'état dit monomaniaque, qui caractérise la première période de beaucoup de paralysies générales (avec la multiplicité de ses idées délirantes contradictoires, la débilité et l'incohérence commençante de son délire) n'est-il pas beaucoup plus voisin de l'état maniaque que de la monomanie proprement dite ? Nous ne pouvons entrer ici dans les détails que comporterait l'examen des diverses catégories d'aliénation partielle expansive (ou plutôt sans tristesse) que l'on est convenu de réunir sous le nom vague de monomanie. Il faudrait pour cela passer en revue toutes les subdivisions que l'on a établies dans cette classe, en se basant, soit sur les facultés supposées lésées isolément (monomanies intellectuelles, affectives et instinctives), soit sur les principales idées dominantes (monomanies d'orgueil, érotiques, religieuses, démonomanies), soit sur les actes (monomanies homicides, du vol, incendiaires ou suicides). Il nous serait facile de montrer que tous ces prétendus monomanes, réunis artificiellement dans une même classe, par suite d'un seul caractère, diffèrent singulièrement les uns des autres, sous tous les autres rapports ; ils se trouvent ainsi fortuitement réunis, malgré les nombreuses dissemblances qu'ils présentent, et devraient être répartis dans des formes tout à fait différentes, si nous possédions réellement une classification naturelle des maladies mentales.

Démence. — Que dirons-nous de la dernière forme admise aujourd'hui dans la classification des maladies mentales, c'est-à-dire de la *démence?* Quel sens précis peut-on attacher à ce mot dans l'état actuel de la science ? Chaque médecin lui donne une extension plus ou moins grande, selon ses habitudes intellectuelles, ou selon les exigences du moment ; mais rien n'est aussi flottant que les limites arbitraires de cette prétendue forme de maladie mentale ; elle n'est

en réalité qu'une sorte de *caput mortuum*, où l'on relègue les faits que l'on n'a pu faire figurer dans les autres catégories. Le seul caractère commun qui sert à rapprocher artificiellement ces faits si dissemblables, c'est la débilité des facultés intellectuelles ; mais combien cette débilité diffère chez les aliénés affectés de délire partiel arrivés à la chronicité (que dans les asiles on est convenu de désigner sous la dénomination générique de *déments*, quoiqu'ils offrent encore une très grande activité intellectuelle) et chez les nombreux malades atteints de diverses affections cérébrales ! Ceux-ci présentent, en effet, une faiblesse si radicale de l'intelligence et des sentiments, et une telle incohérence du langage pour exprimer les idées peu nombreuses qui leur restent, que c'est à peine si l'on peut découvrir une pensée compréhensible au milieu de la ruine de toutes leurs facultés ! Lorsque la science sera plus avancée, lorsqu'on aura mieux étudié la marche et les terminaisons naturelles des diverses espèces de maladies mentales ; lorsqu'on aura vérifié, par une observation réitérée, combien ces terminaisons diffèrent les unes des autres dans leurs symptômes les plus essentiels ; lorsqu'on sera parvenu à se convaincre que, si certains aliénés perdent peu à peu l'activité de leur intelligence, à mesure qu'ils avancent vers la chronicité, et finissent par arriver à un affaiblissement intellectuel très prononcé, il en est beaucoup d'autres au contraire (surtout parmi les malades atteints de délire partiel) qui conservent pendant de longues années un délire systématisé presque stationnaire, délire qui, une fois stéréotypé, ne subit plus que de très légères et très lentes modifications; lorsque l'on aura, dis-je, fait cette étude attentive des périodes chroniques de l'aliénation mentale, dans leurs rapports avec les périodes antérieures, on ne comprendra pas que l'on ait pu, pendant si longtemps, confondre sous une même dénomination, comme l'a fait Esquirol, des situations mentales aussi différentes. On ne comprendra pas que l'on ait pu décorer du même nom de démence, d'un côté, les états qui constituent la terminaison de la plupart des aliénations partielles, de l'autre, la suppression presque absolue de toute intelligence qui existe dans les affections cérébrales autres que la folie ; enfin, la débilité intellectuelle également bien différente que l'on observe dans diverses phases de la paralysie générale !

§ 3. — Classifications nouvelles.

Après avoir signalé les lacunes que présente, selon nous, la classification actuelle des maladies mentales ; après avoir démontré qu'elle réunit dans les mêmes classes des états très différents au point de vue symptomatique, qu'elle ne tient aucun compte de la marche de ces affections et ne repose pas sur l'évolution prévue des maladies (véritable base des espèces naturelles) on nous demandera si nous avons quelque nouvelle classification à lui substituer ; si, après avoir démoli, nous avons la possibilité d'édifier ?

Nous n'avons pas la prétention d'ajouter une nouvelle nomenclature à la liste déjà si longue de celles qu'ont proposées la plupart des auteurs depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, soit en France, soit à l'étranger. Mais nous avons pensé que ce n'était pas faire une œuvre stérile que d'indiquer les imperfections des méthodes existantes, et de chercher la voie dans laquelle on devrait s'engager pour découvrir des formes plus naturelles. Nous sentons trop bien les difficultés immenses que présente une pareille recherche pour oser les affronter. D'ailleurs, ce n'est pas là, selon nous, l'œuvre d'un seul homme, ni même d'une génération. Elle exige, pour être menée à bonne fin, le travail de plusieurs générations, avant qu'un homme de génie puisse tenter de réunir dans un seul ensemble harmonique ces divers éléments épars.

Le docteur Morel (1) a cependant abordé cette tâche ardue. Quelque jugement que l'on porte sur le résultat définitif auquel il est arrivé, on doit le féliciter d'être entré résolûment dans cette voie. On doit d'abord lui tenir compte, d'avoir cherché à démontrer que la manie, la mélancolie, la monomanie, la stupidité et la démence ne sont que des états, et non des formes véritables de maladies mentales ; on doit surtout lui savoir gré de s'être efforcé d'ouvrir de nouveaux horizons en dehors des idées généralement reçues, dans lesquelles la science actuelle se trouvait immobilisée, si l'on ne cherchait pas à l'engager dans de nouvelles directions. Il a posé un principe général qui nous paraît fécond en conséquences utiles, à savoir qu'il faut chercher à mettre la spécialité des symp-

(1) Morel, *Traité des maladies mentales ;* 1860.

tômes en rapport avec la spécialité des causes productrices des maladies ; ce qu'il a appelé *méthode étiologique*, ce qu'il eût peut-être mieux fait d'appeler *méthode pathogénique*, parce qu'elle a plutôt pour but de remonter à l'origine première des maladies mentales, de suivre leur évolution successive, leurs transformations et leurs terminaisons, que de les mettre en rapport avec la spécialité des causes occasionnelles, comme le nom de méthode étiologique pourrait le faire supposer.

Nous ne pouvons, comme Morel et Buchez, poser en principe que la pathogénie, ou l'étiologie, sont la base la meilleure d'une classification des maladies mentales, par ce motif que la cause est l'élément le plus important à considérer dans l'histoire des maladies, celui qui doit dominer tous les autres, et auquel ils doivent être nécessairement subordonnés.

Nous pensons que, dans les méthodes naturelles, il n'existe pas de hiérarchie absolue de caractères ; que, comme dans la pathologie ordinaire, tantôt la lésion, tantôt la cause, et tantôt les symptômes, doivent être pris en considération, selon les cas ; que l'observation seule des divers groupes de faits peut donner cette subordination des caractères, variables pour chacun d'eux, et qu'on ne peut l'établir de prime abord, d'une manière uniforme applicable à tous. Cependant, nous croyons que, dans un certain nombre de cas, l'élément cause doit jouer un rôle principal, et qu'il a été beaucoup trop négligé dans notre spécialité ; nous devons, par conséquent, remercier Morel de lui avoir restitué, même en l'exagérant, une importance qu'il avait perdue.

Nous ne pouvons examiner ici avec détail chacune des catégories établies par Morel. Ce n'est pas, du reste, le but que nous nous proposons. Nous nous bornerons à dire quelques mots de chacune de ses divisions.

En commençant par la dernière, nous dirons qu'admettre la démence comme espèce distincte, alors qu'on a eu pour but d'établir des formes basées sur la marche des maladies (comprenant, par conséquent, l'histoire de ces formes depuis leur début jusqu'à leur terminaison) nous paraît être une contradiction avec le principe que l'on a adopté. Aussi Morel, arrivé à ce chapitre, n'a-t-il consacré que deux pages à la description de la démence.

Relativement à la classe des folies idiopathiques, nous exprimerons d'abord la pensée que ce mot peut avoir, comme l'a fait remarquer M. Delasiauve, des significations différentes ; que pour Morel, il paraît vouloir désigner une forme de maladie mentale ayant son siège dans le cerveau, par opposition à la folie sympathique, et présentant des lésions anatomiques appréciables. Dans ce cas, nous reprocherons à Morel, ou bien de n'avoir compris dans cette catégorie que la paralysie générale, et alors de ne pas l'avoir constituée nettement comme forme tout à fait distincte ; ou bien d'avoir eu en vue, sous le nom vague de *folies idiopathiques*, toutes les variétés de maladies encéphaliques avec lésions, observées dans les asiles d'aliénés (comme l'a fait M. Calmeil) (1) et alors de n'avoir pas soigneusement distingué la paralysie générale, comme forme spéciale, de toutes les autres affections cérébrales, avec lesquelles elle ne doit sous aucun prétexte rester confondue.

Relativement à la classe des folies sympathiques, l'école somatique allemande, et en particulier le célèbre Jacobi, ont voulu la généraliser au point d'y rattacher presque toutes les espèces de maladies mentales ; elles ne sont, le plus souvent, à leurs yeux, qu'un délire symptomatique lié aux maladies des organes autres que le cerveau. D'un autre côté, la plupart des auteurs français ont considéré la folie sympathique comme n'ayant aucune réalité scientifique ; ils en ont même nié l'existence. Morel, se tenant entre ces deux extrêmes, a voulu en faire une espèce distincte, quel que fût l'organe malade qui donnait naissance à la maladie mentale. Ceci nous paraît un fâcheux procédé, destiné à confondre dans une même classe des états très différents les uns des autres. De plus, il eût fallu commencer non seulement par démontrer la fréquence assez grande de ces faits pour légitimer la création d'une forme spéciale, mais même leur existence, que, dans la discussion provoquée par le travail intéressant de notre collègue, M. Loiseau, la Société médico-psychologique n'a pu établir avec une entière certitude.

Pour les formes appartenant à la troisième classe de Morel, qui reposent sur l'existence antérieure d'une névrose épileptique, hystérique ou hypocondriaque, dont la maladie mentale ne serait

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau;* Paris, 1859.

qu'une transformation, nous sommes beaucoup plus disposé à adopter le principe posé par Morel. Nous croyons qu'il aura rendu un service réel à la médecine mentale, en insistant plus que tout autre sur la liaison qui existe, dans un certain nombre de cas, entre certaines formes de maladies mentales et les névroses qui en ont été l'origine et le véritable point de départ.

Nous pensons que Morel a accompli un progrès incontestable, en étudiant avec soin la transformation progressive ou rapide de ces trois névroses en trois formes distinctes de maladies mentales, dont les caractères spéciaux rappellent et permettent de deviner l'existence antérieure de ces affections dont elles ne sont qu'une période ultérieure ou une manifestation différente.

Mais, si nous admettons sans réserve le principe posé par Morel, relativement à la folie épileptique par exemple (qui nous paraît avoir des caractères propres que nous avons nous-mêmes cherché à décrire) nous devons faire une restriction relativement aux folies hystériques et hypocondriaques. Elles nous paraissent également susceptibles d'une description spéciale, mais Morel nous semble avoir étendu cette description à un nombre de faits beaucoup trop considérable pour qu'elle puisse s'appliquer avec vérité à chacun d'eux. Son chapitre sur la folie hystérique (qui contient un grand nombre de traits spéciaux tout à fait caractéristiques, dont l'observation ultérieure démontrera, selon nous, l'exacte vérité) a l'inconvénient grave de comprendre en même temps beaucoup d'autres symptômes qui n'appartiennent pas en propre à cette forme ; il en résulte que sa description de la folie hystérique est plutôt le tableau de la folie chez la femme que celui d'une espèce tout à fait distincte de maladie mentale.

Nous en dirons autant de la folie hypocondriaque, telle que l'a conçue et décrite Morel. Sa description offre bien un cachet spécial dépendant de la névrose hypocondriaque, mais souvent aussi elle s'applique à la mélancolie en général, et surtout au délire de persécution, plutôt qu'à une espèce particulière de maladie mentale en rapport avec l'hypocondrie.

Pour le groupe des folies par intoxication, nous n'avons aucune réserve à faire. Nous croyons, comme Morel, qu'au lieu de confondre sous les noms de *maniaques*, de *mélancoliques* (avec ou

sans stupeur) et de *déments*, les individus devenus aliénés à la suite de diverses causes toxiques, telles que l'alcool, l'opium, le haschich, etc., il y aurait profit pour la science, et grand avantage pour la pratique, à chercher, par une observation vraiment scientifique, à découvrir, dans chacune de ces intoxications, des symptômes physiques et moraux spéciaux, en rapport avec la spécialité de la cause qui permettraient d'en soupçonner l'existence, même sans en avoir eu connaissance; nous croyons que dans cette recherche réside une source véritable de progrès pour notre spécialité. C'est dans ces cas surtout que le principe étiologique devrait être adopté par tous comme base de la classification.

Nous arrivons enfin à la classe la plus vaste et la plus contestée, établie par Morel sous le nom de *folie héréditaire*. Tout le monde s'étonne que l'on ait cru pouvoir faire reposer sur une base aussi large, sur laquelle reposent en quelque sorte toutes les folies, une forme spéciale de maladie mentale, distincte de toutes les autres. Personne ne peut comprendre comment on a pu réunir sous ce nom générique des états aussi différents que ceux qu'y a réunis M. Morel : ils comprennent, en effet, toutes les variétés connues de la folie, depuis la folie des actes ou folie raisonnante (qui représente le trouble le moins prononcé de nos facultés et l'état le plus voisin de l'état normal) jusqu'à l'imbécillité et à l'idiotisme, qui en représentent précisément les degrés les plus éloignés. Nous pensons que la classe créée par Morel comprend des faits trop différents les uns des autres pour qu'ils puissent être conservés dans la même catégorie et qu'elle devra être divisée en plusieurs espèces tout à fait distinctes, que Morel commence déjà à laisser entrevoir. Nous croyons aussi qu'en partant du principe même adopté par Morel, on pourrait faire figurer dans la classe des folies héréditaires un grand nombre de faits placés par lui dans d'autres catégories, ou les en exclure à volonté, sans manquer au principe qui a servi de base à sa classification.

Mais, tout en faisant ces réserves importantes, tout en admettant, avec la plupart des personnes qui ont lu l'ouvrage de M. Morel, qu'il a plutôt ajouté un chapitre nouveau à l'histoire de l'hérédité dans la folie que créé une forme réellement distincte de maladie mentale, nous pensons néanmoins que, par cette création nouvelle

et selon nous provisoire, il aura rendu un service à la pathologie des maladies mentales. La relation étroite si remarquable, établie par Morel, entre les différentes variétés de la folie des actes et les divers degrés de l'imbécillité ou de l'idiotisme, relation qui était à peine soupçonnée, et qu'après ses travaux il est difficile de contester, est à nos yeux un véritable progrès pour notre spécialité.

Elle permet, selon nous, lorsqu'on constate, chez un même malade, ou chez divers individus d'une même famille, la coïncidence des états de manie sans délire ou de folie raisonnante avec divers degrés de l'imbécillité, de remonter avec certitude à la notion de l'hérédité accumulée dans cette famille. Morel n'eût-il obtenu que ce résultat, en créant la folie héréditaire telle qu'il l'a constituée, qu'il eût ouvert une voie féconde où les observateurs pourront s'engager après lui, pour y découvrir de nouveaux filons !

La classification proposée par Morel, est donc préférable à nos yeux, sous plusieurs rapports, à la classification régnante, parce qu'elle repose sur un ensemble de symptômes propres à certaines formes et en rapport avec des causes spéciales, sur une marche déterminée et sur l'évolution naturelle des maladies ; elle ne répond pas cependant, selon nous, à l'idéal que nous faisons d'une classification naturelle des maladies mentales. On nous objectera que nous plaçons cet idéal trop haut, dans une région presque inaccessible. On nous reprochera de rester dans le vague et de ne pas indiquer clairement, par des faits pratiques, ce que nous entendons sur la création de formes vraiment naturelles dans les maladies mentales. Le temps nous manque pour entrer dans les détails que nécessiterait cette démonstration. Heureusement, nous possédons dès aujourd'hui, dans la pathologie mentale, une de ces formes naturelles, qui n'existait pas il y a une trentaine d'années, dont plusieurs auteurs recommandables contestent encore la réalité, mais que tout tend actuellement de plus en plus à faire reconnaître comme espèce bien caractérisée : nous voulons parler de la *paralysie générale des aliénés*, ou *folie paralytique*. Les travaux de Bayle, de M. Calmeil (1), de Parchappe et de beaucoup d'autres auteurs qui ont écrit sur cette affection, ont établi la réalité de cette forme spéciale de ma-

(1) Calmeil, *Paralysie considérée chez les aliénés;* Paris, 1826.

ladie mentale. Elle renferme à la fois en elle-même les quatre états de monomanie, de manie, de mélancolie et de démence, qui constituaient autant de types distincts, mais elle comprend chacun d'eux avec des caractères spéciaux qui lui appartiennent en propre ; elle ne repose pas, comme ces espèces provisoires, sur quelques caractères seulement, mais sur un ensemble de faits connexes, puisés (comme l'a très bien dit Parchappe) dans les causes spéciales, dans les lésions, dans les symptômes physiques, dans les symptômes moraux et dans la marche particulière de l'affection. Voilà une forme de maladie mentale vraiment naturelle ; elle peut être considérée comme définitive ; mieux que toutes les généralités auxquelles nous venons de nous livrer, elle peut faire comprendre ce que nous avons voulu dire ; elle peut servir de spécimen et de modèle pour découvrir, au milieu des groupes si variés des affections mentales, d'autres types aussi naturels, basés comme elle sur un ensemble de symptômes physiques et moraux, coordonnés d'une certaine façon et ayant un ordre de succession déterminé.

Sans doute elle comprend dans son sein, sous le rapport des symptômes et de la marche, des variétés qui mériteraient d'être décrites séparément, comme dans la botanique on décrit des variétés dans les espèces végétales les mieux établies ; mais, malgré ces différences secondaires, ces variétés possèdent assez de caractères communs pour pouvoir être considérées comme appartenant à la même espèce morbide.

Nous n'avons pas à décrire ici ces caractères communs et différentiels, ni à démontrer l'existence distincte de cette forme de maladie mentale. Nous l'avons déjà tenté, après d'autres auteurs (1).

Nous nous bornerons à ajouter ici que nous croyons possible, dès à présent, de découvrir, parmi les aliénés, d'autres formes naturelles qui, sans réunir autant d'avantages que la forme paralytique, mériteraient néanmoins d'être reconnues comme espèces distinctes, plus naturelles et plus vraies que les formes admises actuellement sous les noms de *manie*, *monomanie*, *mélancolie* et *démence*. Je citerai en premier lieu l'espèce de maladie mentale décrite par mon père

(1) Jules Falret, *Etat mental des Épileptiques* (*Archives de médecine*, 1860.) Voir plus loin.

sous le nom de *folie circulaire*, et par M. Baillarger sous celui de *folie à double forme*. Elle consiste dans l'alternative régulière d'un état de dépression mélancolique et d'un état d'exaltation maniaque ; elle repose, par conséquent, non seulement par l'ensemble symptomatique (la succession d'un état mélancolique spécial et d'un état maniaque également spécial), mais sur une donnée puisée dans la marche particulière et en quelque sorte fatale de la maladie, puisque ces deux états se succèdent ainsi indéfiniment, presque sans interruption, pendant tout le cours de l'existence de ces individus.

Après la forme circulaire, nous mentionnerons la *folie épileptique*, qui nous paraît aussi présenter des caractères psychiques tout à fait spéciaux, que nous avons cherché à décrire et à résumer (1).

Nous y ajouterons la *folie alcoolique*, dans sa forme aiguë, décrite par tous les auteurs sous le nom de *delirium tremens*, et dans sa forme chronique (alcoolisme chronique de Magnus Huss), que nous croyons également susceptible d'une description spéciale. Cette description a été déjà esquissée par plusieurs auteurs, et en particulier par M. Delasiauve, mais elle pourrait être rendue plus précise par une étude plus attentive, faite au point de vue de la spécialité de cette forme.

Nous pourrions encore ajouter à cette énumération d'autres catégories de maladies mentales qui nous paraissent devoir être décrites séparément, et qui pourraient, à nos yeux, constituer des espèces plus naturelles que celles que nous possédons aujourd'hui ; nous citerons en particulier le *délire de persécution*, comme nous le comprenons, décrit d'une manière distincte, avec ses périodes, sa marche et ses terminaisons.

Mais nous ne pouvons nous arrêter à ces descriptions particulières, qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, et nous avons hâte d'arriver à la conclusion très courte que nous voulons tirer de ce trop long travail.

En nous livrant à l'examen des principes qui doivent servir de base à une classification naturelle des maladies mentales ; en signalant les lacunes considérables que présente, selon nous, celle qui est généralement adoptée ; en indiquant rapidement quelques-unes des formes

(1) Voy. plus loin.

plus solidement établies, que l'on commence à entrevoir dans l'avenir de la science, nous n'avons pas voulu seulement faire œuvre de critique et chercher à renverser, sans avoir rien à mettre à la place.

Nous avons cru faire une chose utile, en contribuant pour notre faible part, à débarrasser le terrain de l'observation des obstacles qu'opposent toujours à de nouvelles recherches les dénominations d'une nomenclature régnante, qui, en donnant l'illusion d'un classement définitif des faits, empêchent souvent de saisir les véritables analogies qui les rapprochent et les différences fondamentales qui les séparent.

Nous avons cru faire également une chose utile, en rappelant les principes sur lesquels doivent reposer les classifications vraiment naturelles, aussi bien dans notre spécialité que dans les autres sciences d'observation.

Nous aurons rempli notre but si nous avons démontré que, loin de se contenter des classifications existantes, et de les regarder comme susceptibles de simples améliorations, on doit chercher dans d'autres voies de nouveaux modes de classement. En observant les aliénés à d'autres points de vue, on doit tâcher de découvrir parmi eux de nouvelles analogies; on doit s'efforcer de les rapprocher par groupes naturels, basés sur l'ensemble des symptômes physiques et moraux et sur une marche déterminée; on ne doit pas se borner à les classer sous les noms de *manie*, de *monomanie*, de *mélancolie* et de *démence*, qui ne représentent que des états symptomatiques provisoires, et non de véritables espèces naturelles de maladies mentales.

II

SÉMÉIOLOGIE

DES

AFFECTIONS CÉRÉBRALES

— 1860 —

La pathologie cérébrale présente de grandes obscurités. Malgré les progrès de la science moderne, elle offre encore de nombreuses incertitudes et d'importantes lacunes. Les recherches anatomiques, entreprises avec une grande persévérance depuis le commencement de ce siècle, sont parvenues, il est vrai, à éclaircir plusieurs points importants de l'histoire des affections cérébrales ; mais l'état d'imperfection de la physiologie du cerveau n'a pas encore permis, dans beaucoup de circonstances, d'établir une relation étroite entre les lésions constatées à l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie. Quelques faits principaux sont cependant, dès à présent, acquis à la science.

Il est parfaitement établi, par exemple, que les lésions situées dans l'une des moitiés du cerveau produisent des troubles de la motilité et de la sensibilité dans le côté du corps opposé à la lésion cérébrale. On sait également que les altérations des parties blanches de la base de l'encéphale entraînent à leur suite des troubles de la sensibilité et de la motilité dans les parties auxquelles se distribuent les nerfs qui en émergent, et ne déterminent pas habituellement des troubles de l'intelligence, lesquels au contraire résultent presque constamment des lésions des parties supérieures de l'encéphale et des membranes qui recouvrent sa surface. Sans parler des ouvrages qui ont contribué à éclairer divers points de la pathologie cérébrale, des recherches récentes ont encore ajouté à nos connaissances sous ce rapport. Les travaux de Parchappe ont

(1) Extrait des *Archives générales de Médecine ;* octobre 1860.

eu pour but d'établir que la substance grise de la surface des circonvolutions était le siège commun de l'intelligence, de la sensibilité et des mouvements volontaires; ceux de Flourens (1), Bouillaud (2) et Duchenne (de Boulogne), ont jeté quelque lumière sur les fonctions et les maladies du cervelet, considéré comme organe coordinateur des mouvements. Turner (3), et Hillairet (4) ont encore ajouté à nos connaissances sur la physiologie et la pathologie de cette partie de l'encéphale. Enfin Gubler en étudiant les lésions de la protubérance annulaire, envisagées comme cause des paralysies alternes, qui siégent à la fois dans l'un des côtés du corps et dans le côté opposé de la face, a fait accomplir un nouveau progrès dans la voie des rapports à établir entre les symptômes et le siège des affections du cerveau.

Mais d'autres recherches, entreprises dans la même direction, ont été moins heureuses. La plupart des relations que l'on a cherché à démontrer entre les altérations de certaines portions de l'encéphale et les symptômes observés pendant la vie n'ont pas été confirmées par l'observation ultérieure. Ainsi Foville et Pinel-Grandchamp ont voulu placer dans les couches optiques le siège de la paralysie des membres supérieurs, et dans les corps striés celui de la paralysie des membres inférieurs. Bouillaud, Belhomme, etc., ont également fait résider dans les lobes antérieurs du cerveau le pouvoir coordinateur de la parole; or, malgré un grand nombre de faits favorables à cette opinion, il existe encore trop de faits contradictoires pour qu'elle puisse être considérée comme scientifiquement démontrée.

Enfin, Marshall-Hall, Brown-Séquard et Foville fils, ont voulu placer dans la moelle allongée le siège de l'épilepsie. Le Dr Schroeder Van der Kolk (5) adoptant cette opinion de Marshall-Hall à

(1) Flourens, *Recherches expérimentales sur les fonctions et les propriétés du système nerveux;* Paris, 1842.

(2) Voir le compte rendu de ses leçons, par le Dr A. Voisin (*Union médicale*, juin 1859).

(3) Turner, *De l'Atrophie unilatérale du cervelet; Rapports normaux et pathologiques qui existent entre le cervelet et le cerveau;* Thèses de Paris, 1856.

(4) Hillairet, *Apoplexies cérébelleuses* (*Archives générales de médecine*, 1858).

(5) Schrœder van der Kolk, *Bau und Fonctionen der Medulla spinalis und oblongata;* Braunschweig, 1859.

Hall, a cherché à la démontrer par la physiologie, la pathologie et l'anatomie microscopique, et y a ajouté la pensée que les lésions des corps olivaires étaient la cause organique des troubles de la parole dans les affections cérébrales.

Nous ne pouvons énumérer ici toutes les tentatives plus ou moins heureuses faites en France, ou à l'étranger, pour localiser dans différents points de l'encéphale les fonctions auxquelles préside cet organe, et pour expliquer par l'altération de ces parties les symptômes rapportés à chacune d'elles. L'école physiologique allemande surtout a fait de nombreuses recherches anatomiques, physiologiques et microscopiques, dans le but d'éclairer ces points si obscurs de la pathologie cérébrale. Nous n'avons nullement l'intention de la suivre sur ce terrain. Mais ce n'est pas seulement dans la détermination précise des fonctions et des lésions de l'encéphale que la pathologie du cerveau présente de nombreuses lacunes ; l'existence elle-même des lésions cérébrales dans tous les cas où l'on observe des troubles des fonctions motrices, sensitives ou intellectuelles, ne peut être scientifiquement établie. Non seulement, dans un grand nombre de maladies mentales, on ne constate que des lésions peu importantes du cerveau, insuffisantes pour rendre compte du trouble si intense et si prolongé des facultés intellectuelles ; mais l'épilepsie, l'hystérie, et d'autres névroses cérébrales, existent souvent sans altération appréciable du système nerveux. Enfin, malgré les progrès de l'anatomie du cerveau et les secours que lui ont apportés les recherches microscopiques et chimiques, on constate encore assez fréquemment, pendant la vie, les troubles les plus manifestes et les plus étendus des fonctions cérébrales, sans pouvoir découvrir à l'autopsie aucune lésion qui rende compte d'une manière satisfaisante des symptômes observés.

La pathologie cérébrale est féconde en déceptions et en contradictions de plus d'un genre. On peut poser en principe que les lésions les plus légères des membranes ou de la surface du cerveau sont accompagnées des troubles les plus marqués des fonctions intellectuelles, motrices et sensitives, tandis que les lésions les plus considérables peuvent exister pendant de longues années dans l'encéphale, sans déterminer de perturbations notables des fonc-

tions cérébrales, quelquefois même sans donner lieu à aucun symtôme appréciable. Comment expliquer, par exemple, le fait si fréquent, à la suite de lésions traumatiques, d'abcès volumineux qui existent pendant des mois dans la substance cérébrale, sans troubler d'une manière sensible les fonctions de cet organe, jusqu'au moment où surviennent tout à coup des accidents aigus, qui entraînent, en quelques jours, la mort des malades? Comment se rendre compte également de la production lente et successive de beaucoup de tumeurs cérébrales, qui, souvent pendant de longues années, se développent sans déterminer aucun trouble apparent des fonctions, tandis que, dans d'autres cas au contraire, la plus simple et la plus petite altération suffit pour produire les symptômes les plus manifestes et les plus graves ? On a invoqué, pour expliquer ces contradictions, la différence de siège ; la compression, presque insensible dans un cas, causée par le lent développement de ces tumeurs, opposée à la compression subite produite dans d'autres circonstances ; enfin l'existence de congestion ou d'inflammation circonvoisine de la substance cérébrale dans un cas, et son absence dans l'autre. Mais ces motifs sont insuffisants pour expliquer toutes les bizarreries que présentent à chaque instant les affections encéphaliques. Comment comprendre par exemple, l'intermittence fréquente des symptômes coïncidant avec la constance des lésions, l'intermittence par exemple de la céphalalgie, des vertiges, et des attaques épileptiformes, dans les tumeurs du cerveau?

Les recherches anatomiques ne peuvent donc suffire, dans l'état de nos connaissances, pour éclairer les cas si complexes, si obscurs et souvent si difficiles à reconnaître, que les maladies du cerveau présentent à l'observation du médecin praticien. Cela est surtout vrai, si l'on ne se borne pas à l'étude des maladies très caractérisées et parfaitement développées, telles qu'on les observe dans les hôpitaux, et si l'on pénètre dans la pratique privée, dans l'intérieur même des familles, pour assister aux débuts et à l'évolution souvent si lente et si insidieuse des affections cérébrales.

L'étude symptomatique des débuts et des manifestations les plus délicates des maladies du cerveau, qui échappent le plus souvent à l'observation à cette période de leur développement, nous paraît donc présenter un vif intérêt. Cette étude, que les médecins ordi-

naires sont trop disposés à abandonner aux spécialistes, mérite d'autant plus d'attirer leur attention, que, si la médecine peut quelque chose pour arrêter la marche des affections cérébrales, même les plus rebelles, c'est surtout au début et dans les premières périodes qu'elle peut intervenir avec efficacité. D'un autre côté, ces maladies sont si variées dans leur nature, si mobiles dans leurs manifestations, se ressemblent tellement en apparence, malgré leurs différences fondamentales, qu'une étude attentive de leur symptomatologie peut seule éclairer le praticien sur le jugement à porter et sur la conduite à tenir à leur égard.

En présence de ces obscurités et de ces difficultés de la pathologie cérébrale, il nous a donc paru intéressant de condenser les principaux symptômes que nous offrent ces maladies, soit dans leurs débuts, soit dans les périodes où leurs caractères sont moins nettement accusés. Un ouvrage très curieux, publié sur ce sujet délicat, par le Dr Forbes Winslow (1) va nous en fournir une occasion d'autant plus naturelle, que ce livre, fait avec beaucoup de clarté et de méthode, joint à une grande originalité d'aperçus un excellent résumé des faits les plus variés dispersés dans les divers recueils.

Le Dr Winslow intitule son livre : *des Maladies obscures du cerveau et des désordres de l'esprit*. Ce double titre le conduit à étudier d'abord, avec beaucoup de soin, les symptômes de l'incubation de la folie, ainsi que certaines formes masquées ou latentes des maladies mentales, qui méritent de fixer l'attention du praticien ou du médecin légiste. La première moitié de son ouvrage est consacrée à cette partie de son sujet. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain.

Nous n'avons en effet pour but que l'examen des maladies cérébrales autres que la folie. Nous chercherons donc à séparer nettement les troubles intellectuels propres à ces affections de ceux qu'on n'observe que dans l'aliénation mentale. La distinction entre ces deux classes d'affections du cerveau peut paraître arbitraire ; dans beaucoup de circonstances, en effet, il n'existe pas entre elles de ligne de démarcation tranchée ; mais l'usage a prévalu dans la

(1) Forbes Winslow, *On obscure diseases of the Brain and disorders of the mind;* London, 1860.

science de séparer cette étude, et cet usage, qui a certainement sa raison d'être et sa valeur surtout aux yeux du praticien, mérite d'être respecté.

Troubles intellectuels. — Les perturbations intellectuelles, qui surviennent souvent, sous des formes diverses, soit au début, soit dans le cours des affections cérébrales, n'attirent pas suffisamment, l'attention des médecins. Habitués à laisser aux spécialistes l'étude de ces symptômes, ils se bornent à constater dans leurs observations l'existence du délire, de l'affaiblissement intellectuel ou de la faiblesse de la mémoire, sans entrer dans aucun détail sur la nature et les particularités du trouble des facultés. Cette lacune de la plupart des observations consignées dans la science est très regrettable ; car les manifestations intellectuelles, même dans leurs nuances les plus légères, sont des symptômes essentiels, qui, au même titre que les signes tirés de l'état des mouvements ou des fonctions sensitives, permettent de reconnaître les maladies du cerveau et de les distinguer entre elles. Ces troubles intellectuels, envisagés dans leur ensemble, se présentent sous trois formes principales: l'*exaltation*, la *dépression* ou la *faiblesse*, et l'*aberration*.

L'*exaltation*, soit subite, soit progressive, des facultés intellectuelles, est souvent un symptôme prodromique important des affections cérébrales, aiguës ou chroniques. Les malades qui sont sous l'imminence du délire ou des maladies congestives et inflammatoires de l'encéphale offrent fréquemment, avant l'explosion de ces affections un état d'exaltation physique et morale très marqué. Leurs facultés intellectuelles acquièrent une activité inaccoutumée qui étonne les personnes habituées à vivre avec eux ; cette activité mentale exagérée s'accompagne ordinairement d'une excitation physique concomitante, qui mérite au plus haut degré d'attirer l'attention. Les malades ont alors un besoin continuel de mouvement, une instabilité, une disposition à l'irritation ou à la colère, qui contrastent singulièrement avec leur manière d'être habituelle. Ces symptômes s'observent principalement, il est vrai, dans les périodes prodromiques des maladies mentales, surtout des formes excitées, et en particulier de la paralysie générale ; ils existent souvent pendant de longues années chez des individus qui finissent par devenir aliénés, mais ils figurent aussi plus souvent qu'on ne croit parmi les

prodromes des autres affections du cerveau. Cette excitation précède fréquemment les attaques de méningite ou de cérébrité ; on l'observe également dans les affections du cerveau de l'enfance, au début des maladies fébriles à forme cérébrale, enfin parmi les prodromes de l'apoplexie. On a vu souvent en effet des individus manifester une irritabilité, une irascibilité peu habituelles, quelque temps avant une attaque d'hémorragie cérébrale.

L'état de *dépression* de l'intelligence est, comme l'état d'exaltation, un signe précurseur des maladies du cerveau, et alterne même souvent avec lui. On constate ordinairement un stade mélancolique plus ou moins prononcé au début de toutes les affections mentales, mais on observe également la dépression et la tristesse comme signes précurseurs des maladies du cerveau. Le ramollissement aigu, l'hémorragie cérébrale, les tumeurs du cerveau, de même que la paralysie générale, sont souvent associés dans leur première période à une grande dépression mentale. Cette dépression peut, dans quelques cas, être portée jusqu'au degré d'un profond ennui, avec symptômes hypocondriaques, dégoût de la vie, et même penchant au suicide, sans aboutir pourtant à l'aliénation proprement dite. Mais le plus souvent, dans les affections cérébrales autres que la folie, l'altération des fonctions intellectuelles se manifeste plutôt sous la forme de la faiblesse. Les malades présentent assez fréquemment une grande prostration des forces intellectuelles longtemps avant qu'on ne soupçonne l'existence d'une maladie du cerveau ; c'est un état de lassitude cérébrale, de lenteur des idées, analogue à la torpeur physique qui précède les maladies aiguës et fébriles. Le malade a souvent conscience de ce manque de force nerveuse cérébrale : il s'en afflige et reconnaît son inaptitude pour tout travail intellectuel. Il est incapable de continuer longtemps à exercer sa pensée, et il s'éloigne lui-même de toute occupation exigeant l'activité de l'esprit. Il cesse de lire, néglige ses affaires et les devoirs de sa profession ; souvent même, à un degré plus avancé, il n'est plus capable que de rester assis et immobile, dans un état de vague abstraction.

Cet affaissement des facultés intellectuelles peut être consécutif à des excès d'études ou à un exercice exagéré de l'intelligence, il peut alors disparaître peu à peu par un repos prolongé du cerveau ;

mais il est souvent le signe avant-coureur de désordres plus graves qui surviennent ultérieurement dans les fonctions cérébrales.

L'affaiblissement progressif de l'intelligence se manifeste souvent dans ses débuts par la difficulté que le malade éprouve à fixer son attention et à conserver l'enchaînement de ses idées : la mémoire est alors vague et incertaine, l'esprit n'exerce qu'une action très imparfaite sur la succession de ses pensées, et, par suite de l'affaiblissement de la volonté et du manque d'attention, la suite des idées se trouve influencée par les circonstances accidentelles. Cette débilité intellectuelle commençante est ordinairement alliée à un affaiblissement simultané de la volonté et du caractère, qui met le malade de plus en plus sous la dépendance des personnes qui l'entourent, même en l'absence de toute perturbation psychique. On observe aussi en même temps un état d'affaiblissement physique et un amaigrissement assez marqué.

Ces symptômes peuvent exister à ce degré, longtemps avant l'apparition d'autres symptômes cérébraux ; aussi méritent-ils d'occuper une place importante parmi les prodromes des maladies du cerveau. Dans d'autres cas, au contraire, la diminution des forces intellectuelles peut survenir très rapidement : elle annonce alors l'explosion prochaine d'une maladie cérébrale très caractérisée. On a vu souvent une suspension subite et temporaire de l'intelligence précéder de quelques heures ou de quelques jours seulement une attaque d'apoplexie.

Dans le début des affections du cerveau autres que la folie, non seulement l'intelligence peut être exaltée ou affaiblie, elle peut être aussi, jusqu'à un certain point, *pervertie*, sans que l'on soit en droit de considérer cet état comme une véritable folie. Nous touchons ici à un sujet trop voisin de nos études spéciales pour que nous puissions nous y appesantir : nous ne pouvons cependant nous empêcher de signaler quelques-uns des exemples les plus frappants de ces perturbations qui surviennent dans les facultés intellectuelles perceptives et morales. On a vu quelquefois des conceptions délirantes, des idées fausses, précéder les symptômes physiques dans les maladies du cerveau : ainsi, par exemple, des malades, plus tard atteints de ramollissement ou de toute autre affection organique du cerveau, commencent par se croire ruinés, déshonorés, condamnés à

l'échafaud pour des crimes imaginaires, ou bien encore sont persuadés qu'on les vole et que tous ceux qui les entourent s'entendent pour les tromper ou leur faire du mal. Combien de fois, dans les familles, constate-t-on de pareils états, qui donnent lieu aux dissensions intérieures les plus pénibles, chez des individus dont la raison n'est pas considérée comme troublée et qui sont plus tard atteints de maladie encéphalique très caractérisée ! Un état d'anxiété, de terreur vague, de crainte instinctive non motivée, précède aussi assez souvent les attaques d'apoplexie ; mais ce n'est pas seulement dans la sphère des facultés intellectuelles que l'on constate des désordres chez les individus menacés de diverses affections cérébrales, c'est également dans les facultés perceptives et morales.

On observe quelquefois chez ces malades des illusions et des hallucinations des différents sens, surtout de la vue. Les malades ont des visions terrifiantes, voient des spectres ou des fantômes, ou bien des objets de formes diverses et souvent lumineux, qui flottent devant leurs yeux ou sur les murailles. Un caractère important distingue, selon nous, ces hallucinations de la vue, observées dans les maladies cérébrales, de celles que l'on constate chez les aliénés. Ce caractère est commun tout à la fois aux délires aigus et toxiques, et aux affections chroniques du cerveau ; il consiste dans l'état de mobilité habituelle des hallucinations de la vue. Les visions qui apparaissent chez les malades menacés ou déjà atteints de maladies organiques du cerveau sont généralement mouvantes. Les figures qu'ils aperçoivent vont et viennent, flottent dans l'air ou s'agitent sur la muraille, avancent vers le malade ou s'en éloignent ; elles représentent, en un mot, une véritable fantasmagorie, tandis que les apparitions qui surviennent chez les aliénés sont presque toujours immobiles et muettes. Un autre caractère également remarquable de ces visions d'origine cérébrale, c'est qu'elles constituent presque toujours pour le malade, surtout dans les premiers temps, un spectacle auquel il assiste en spectateur passif, qu'il considère comme une illusion de ses sens, et auquel il n'ajoute pas foi comme à une réalité extérieure. On a vu également des illusions auditives variées se produire avant l'explosion des cérébrales, et Bouillaud, Parent et Martinet, ont noté que l'inflammation du cerveau était souvent précédée de perversions de l'odorat.

Après les lésions des facultés intellectuelles et perceptives, disons quelques mots des *perversions morales* qui se manifestent aussi quelquefois dans la conduite et dans les actes des individus qui sont sous le coup d'affections cérébrales de diverse nature. Ces perversions sont certainement beaucoup plus fréquentes dans la folie et en particulier dans la paralysie générale, que dans les autres maladies du cerveau ; mais elles s'y produisent néanmoins et ne doivent pas être passées sous silence. Un changement complet dans le caractère, les habitudes et la conduite, lorsqu'il n'est pas le résultat de l'âge et qu'il se manifeste subitement, doit faire soupçonner une maladie du cerveau. On voit, par exemple, les débuts d'affections cérébrales autres que la folie signalés par des excès sexuels ou alcooliques, par des actes d'intempérance ou d'indécence publics, ou même, dans quelques cas, par des vols commis dans des circonstances toutes spéciales, qui en dénotent très clairement aux yeux du médecin la nature maladive.

Nous ne pouvons que mentionner ici ces perturbations morales comme prodromes des maladies du cerveau, et nous arrivons à l'examen détaillé d'un genre de troubles intellectuels, très fréquent dans les affections cérébrales et qui mérite de fixer notre attention d'une manière toute spéciale : nous voulons parler des troubles variés de la mémoire et du langage auxquels le Dr Winslow a consacré de nombreuses pages.

Troubles de la mémoire. — La *mémoire*, comme les autres facultés intellectuelles, peut être exaltée ou affaiblie, à des degrés divers, soit au début, soit dans le cours des affections du cerveau ; il est même remarquable que cette faculté est plus généralement atteinte dans ces maladies que dans la folie, où elle est habituellement respectée, excepté dans les périodes chroniques ou dans la démence. Mais ce qui mérite d'attirer notre attention, comme signe particulier des affections aiguës ou chroniques du cerveau, ce sont les lésions partielles de la mémoire, les perversions si bizarres et souvent si limitées de cette faculté, que l'on observe très fréquemment et sur lesquelles on n'a peut-être pas suffisamment insisté.

A l'état physiologique, la mémoire présente, selon les individus et selon les âges, de très grandes diversités. Les uns, par exemple, ont la mémoire des dates et des noms propres, et les

autres, au contraire, n'ont que la mémoire des choses, des lieux ou des personnages ; les uns ont la mémoire de la vue et des visages, les autres possèdent à un haut degré celle des sons et des odeurs. Certains hommes se rappellent plutôt les idées et les objets d'après leurs rapports logiques; d'autres, au contraire, par l'intermédiaire des mots ou des sons. Mais ces diversités individuelles de la mémoire, n'ont rien de pathologique et ne doivent pas nous occuper ici ; elles servent seulement à faire comprendre comment cette faculté peut se trouver lésée diversement par les affections du cerveau et présenter des lésions partielles, et souvent très limitées.

La mémoire des veillards, très vivace pour les faits anciens, très fugace pour les faits récents, établit une transition naturelle entre l'état physiologique et l'état pathologique; car, dans la plupart des cas d'affaiblissement intellectuel ou de démence, on constate une lésion analogue de la mémoire, qui n'est qu'une exagération de ce que l'on observe habituellement dans l'âge avancé.

Dans l'état pathologique, non seulement la mémoire peut être diminuée relativement à certaines époques de l'existence et augmentée par rapport à d'autres ; mais, surtout à la suite de chutes sur la tête, on voit souvent se produire un phénomène plus singulier : toute une période de l'existence, par exemple celle qui a succédé immédiatement à la chute ou à l'explosion de la maladie cérébrale, peut se trouver comme rayée de la mémoire, et le malade, après la guérison des accidents aigus, ne conserve aucun souvenir de tous les événements qui se sont produits pendant ce laps de temps. Il y a quelquefois, dans ces cas, quelque chose de plus curieux encore : c'est que les faits qui se sont produits immédiatement avant l'accident sont eux-mêmes effacés de la mémoire. Dans certains cas d'extase, de somnambulisme, ou même dans d'autres affections cérébrales, on observe un trouble plus extraordinaire encore de la mémoire; c'est, si l'on peut s'exprimer ainsi, un dédoublement de la personnalité. Le malade a, en quelque sorte, deux mémoires distinctes : l'une pour l'état de santé, l'autre pour l'état de maladie. Pendant les accès, il se rappelle tous les faits qui se sont passés dans les accès précédents et oublie ceux qui se sont produits dans leurs intervalles, et réciproquement, pendant les périodes de retour à la vie réelle, il y a un oubli absolu de ce qui a eu lieu pendant les

paroxysmes et ne se rappelle que les événements accomplis dans l'état de rémission. Non seulement la mémoire se trouve ainsi fragmentée artificiellement par la maladie relativement à certaines périodes de l'existence, conservée pour les unes et effacée pour les autres ; elle peut être également présente pour certaines catégories d'idées ou de mots, et totalement absente pour d'autres. Ainsi, dans quelques affections cérébrales, on voit les malades perdre complètement la mémoire des dates, celle des noms propres, puis celle des substantifs, et conserver au contraire celle des autres parties du discours. On peut même établir à cet égard une sorte de proportion ascendante très remarquable, en rapport avec les lois qui président à l'acquisition successive des idées chez les enfants et à la formation des langues chez les peuples primitifs. On constate, en effet, que la mémoire des noms propres se perd avant celle des substantifs, que ceux-ci disparaissent avant les verbes, et qu'enfin les adjectifs, exprimant les qualités des objets, c'est-à-dire les idées les plus intimement unies avec eux, sont les derniers à disparaître dans la décroissance progressive de la mémoire humaine.

Un autre phénomène, également très curieux par rapport à la perte de certaines catégories de souvenirs, est relatif à la connaissance des langues. On a vu, à la suite d'affections cérébrales, des malades, connaissant plusieurs langues, les oublier toutes, et être obligés de les apprendre de nouveau, comme des enfants, après leur guérison ; on en a vu d'autres n'oublier qu'une ou deux de ces langues et conserver seulement le souvenir de l'une d'entre elles, ordinairement de celle qu'ils avaient parlée dans leur enfance ; enfin on cite un certain nombre de faits inverses, dans lesquels, au contraire, une affection cérébrale a fait renaître dans l'esprit le souvenir d'une langue anciennement connue, que l'on avait totalement oubliée depuis de longues années. Nous pourrions citer beaucoup de cas du même genre, qui se trouvent réunis par Forbes Winslow.

Troubles de langage. — Si nous avons choisi de préférence les exemples relatifs à la mémoire des mots, c'est parce qu'ils nous amènent à l'examen des *troubles du langage*, considérés comme signes des affections du cerveau. Dans l'état normal, il existe un rapport constant et nécessaire entre l'idée conçue par l'esprit, le mot destiné à l'exprimer, et sa traduction extérieure à l'aide de la parole.

Ce sont là trois termes inséparables d'un même phénomène. On peut concevoir la séparation des deux premiers termes, c'est-à-dire l'idée sans le mot destiné à la représenter. A chaque instant, en effet, dans l'état physiologique, il arrive qu'on a une idée sans pouvoir trouver dans sa mémoire le mot qui lui correspond. Pour que cette perte de mémoire des mots devienne pathologique, il faut donc qu'elle soit portée à un très haut degré, et qu'elle ait lieu relativement à la plupart des mots de la langue, et surtout aux mots les plus habituels. Mais il n'en est pas de même de la rupture produite par la maladie entre le second et le troisième temps du phénomène du langage, c'est-à-dire entre la mémoire du mot et son expression par la parole ou par l'écriture. A l'état normal, toutes les fois qu'on a dans l'esprit le mot correspondant à la pensée qu'on veut exprimer, rien n'empêche de traduire extérieurement ce mot par la parole ou par l'écriture, à moins que les organes du mouvement ne soient paralysés. Eh bien ! il n'en est pas de même dans un certain nombre d'affections cérébrales ; le rapport naturel entre le mot et son expression par la parole ou par l'écriture peut être brisé par la maladie. C'est ce que l'on a appelé la *lésion du pouvoir coordinateur de la parole*, dont plusieurs auteurs distingués ont cherché à placer le siège dans les lobes antérieurs du cerveau. Ainsi donc, dans les affections cérébrales, on constate trois ordres distincts de faits relativement aux altérations du langage, sans parler d'un quatrième qui tient à la paralysie des organes du mouvement, et dont nous parlerons plus loin à l'occasion des troubles de la motilité. L'idée elle-même peut manquer, comme cela a lieu dans les cas de démence prononcée ; alors la parole est supprimée par absence d'idées. Dans d'autres cas, l'idée peut exister ; mais, la mémoire des mots faisant défaut, le malade ne peut parvenir à faire comprendre sa pensée. Il emploie souvent alors un mot pour un autre, ou bien il n'a à son service qu'un petit nombre de mots, dont il se sert à propos de toutes choses, cherchant souvent à suppléer par le geste ou par l'intonation de la voix à l'insuffisance de sa mémoire pour faire comprendre sa pensée. C'est ce qu'on observe très fréquemment, soit avant les attaques d'apoplexie ou de ramollissement, soit dans l'intervalle de ces attaques. Les malades n'ont souvent alors aucun trouble dans les idées, ou du moins ne présentent qu'un affaiblissement intellectuel

peu marqué, mais ils éprouvent les plus grandes difficultés à communiquer leurs pensées, non à cause de l'embarras de la parole, mais par suite de la perte de la mémoire des mots. Ce qui prouve que dans ces cas les malades savent parfaitement ce qu'ils veulent dire, c'est d'abord l'expression de leur physionomie, ensuite les indications qu'il donnent à l'aide des gestes, l'impatience qu'ils manifestent quand on ne les comprend pas, enfin la satisfaction qu'ils témoignent lorsqu'on leur donne l'objet qu'ils demandent, ou lorsqu'on leur fournit le mot qu'ils cherchent et qu'ils répètent alors à plusieurs reprises avec l'expression d'un véritable contentement.

Mais ces faits bien connus de trouble du langage à la suite d'affections cérébrales, organiques ou traumatiques, ne sont pas les seuls à noter. Les plus curieux, sur lesquels on n'a pas suffisamment attiré l'attention, sont relatifs à la troisième catégorie, c'est-à-dire à la rupture du rapport qui existe naturellement entre les mots rappelés par la mémoire et leur expression par la parole ou par l'écriture. Les recueils scientifiques contiennent un assez grand nombre de faits de ce genre, observés dans le ramollissement et l'apoplexie, et surtout à la suite d'affections traumatiques, de chutes sur la tête ou de commotions cérébrales; mais on les a trop considérés comme des faits exceptionnels, bizarres, complètement individuels, et ne pouvant en rien servir à la science. C'est un mérite de Winslow d'en avoir réuni un grand nombre, et de leur avoir ainsi donné, par leur réunion, une importance qu'ils n'avaient pas dans leur isolement. Nous en citerons quelques-uns, pour faire bien comprendre leur véritable nature.

Il est des cas dans lesquels le malade pense un mot et en dit un autre, malgré lui et contrairement à sa volonté bien arrêtée : dans ces cas, tantôt ce phénomène n'a lieu que lorsque le malade parle spontanément, et si un interlocuteur lui fournit le mot qu'il voulait dire, il parvient à l'articuler au moment même; tantôt au contraire il ne peut pas articuler ce mot, même quand on l'a prononcé devant lui, et il est contraint de répéter à sa place le mot qu'il avait primitivement employé. Dans d'autres circonstances, les malades ne peuvent exprimer que la moitié des mots, ou bien ne peuvent pas articuler certaines lettres, certaines syllabes, ou bien encore sont obligés, malgré eux, d'ajouter une même lettre, une même syllabe, à tous les

mots qu'ils prononcent; dans d'autres cas enfin, il présentent ce phénomène bizarre d'intercaler, au milieu des paroles qu'ils prononcent, un même membre de phrase n'ayant aucun rapport avec l'idée qu'ils veulent exprimer, et qu'ils répètent à tout propos, comme machinalement.

Les mêmes bizarreries qui existent pour le langage s'observent également pour l'écriture, soit séparément, soit réunies, chez le même malade : ainsi par exemple, en voulant écrire un mot, les malades en écrivent un autre, ou bien ils ne peuvent écrire qu'une syllabe, que la moitié d'un mot ; ils sont forcés d'ajouter une même lettre à tous les mots qu'ils écrivent, ou ne peuvent parvenir à écrire certaines lettres qui manquent constamment dans leurs écrits, dans les mots où elles devraient se rencontrer. Quelquefois encore ces malades écrivent des mots sans aucun sens, qui ne constituent qu'une juxtaposition de lettres à la place du mot ou de la phrase qu'ils ont en tête et qu'ils ne peuvent parvenir à reproduire sur le papier.

Enfin, ce qu'il y a de plus bizarre au milieu de toutes ces bizarreries, c'est que souvent l'expression de la pensée par la parole ou par l'écriture n'est pas nécessairement altérée en même temps chez les mêmes malades; s'il en est un certain nombre qui commettent les mêmes erreurs en écrivant et en parlant, il en est d'autres au contraire qui présentent des anomalies dans le langage et peuvent rendre parfaitement leurs pensées par l'écriture, tandis que d'autres offrent les perversions et les lacunes de l'écriture sans celles de la parole. Une dernière remarque enfin doit être faite à propos de ces troubles bizarres observés dans la parole ou l'écriture chez les malades atteints de diverses affections cérébrales, c'est que ces perturbations singulières sont ordinairement temporaires, et qu'elles guérissent souvent au bout d'un temps plus ou moins long, qu'elles soient dues à une affection traumatique du cerveau ou même à une maladie organique.

Lésions de la motilité. — Après les troubles de l'intelligence, considérés comme symptômes des affections du cerveau, nous devons parler des *désordres de la motilité*. Ces désordres très variés ont une grande importance, soit comme signes précurseurs, soit comme dénotant des maladies déjà caractérisées. On doit les diviser, comme

ceux de l'intelligence, en symptômes d'affaiblissement et en symptômes d'exagération ou de perversion de l'action musculaire.

Les symptômes d'affaiblissement comprennent tous les degrés possibles de la faiblesse, depuis la plus légère débilité jusqu'à la perte complète du mouvement, soit de tout le corps, soit d'un membre en particulier. Nous n'avons qu'à mentionner ici les diverses formes de la paralysie, telles que l'*hémiplégie*, la *paraplégie*, etc., ne voulant insister que sur les symptômes plus légers et plus difficiles à saisir, qui dénotent un trouble de la motilité dès le début des affections cérébrales.

Un état de faiblesse de tout le système musculaire figure souvent pendant longtemps comme premier indice des maladies cérébrales. Les malades se plaignent d'un sentiment de fatigue générale, ils sont souvent obligés de s'asseoir en marchant; ils sentent la nécessité d'un effort pour se porter en avant, se heurtent facilement contre les objets qu'ils rencontrent sous leurs pieds, éprouvent plus de facilité à marcher vite qu'à marcher lentement, souvent même ont de la peine à se lever lorsqu'ils sont assis, et à monter les escaliers plutôt qu'à les descendre. Cette faiblesse est fréquemment prédominante dans l'un des côtés du corps, ou bien dans une partie plus limitée, telle que les bras, les mains, les jambes, etc. Les malades ressentent quelquefois de la difficulté à saisir les objets ou à les serrer fortement, et les laissent facilement échapper de leurs mains.

Dans quelques cas de début des maladies cérébrales, la faiblesse musculaire est encore plus limitée; elle se borne alors aux doigts de la main ou même à un seul doigt: on a souvent noté ce signe parmi les prodromes des attaques d'apoplexie. Dans d'autres circonstances, le premier éveil sur l'imminence d'une maladie cérébrale est donné par une sorte de maladresse pour accomplir certains actes habituels, tels que la déglutition, l'expulsion de la salive, l'écriture; quelques malades ne peuvent tenir leur plume pour écrire, éprouvent de la difficulté à mettre leurs bottes, à se raser, à toucher du piano, à jouer de la flûte, en un mot, à se livrer à des actions et à des occupations un peu délicates et qui leur étaient habituelles. C'est surtout dans la parole et dans la prononciation de certains mots que ce trouble de la motilité se manifeste, dès le début de

plusieurs affections du cerveau, et en particulier dans les diverses variétés de paralysie générale. Dans ces circonstances, la débilité musculaire s'accompagne d'un léger tremblement de la langue ou des membres, et d'un manque de coordination dans les mouvements des diverses parties du corps. Cette absence de coordination des mouvements offre, dans les affections cérébrales, tous les degrés possibles, depuis le tremblement le plus léger et le plus imperceptible jusqu'à la chorée, et à cette forme particulière de lésion du système musculaire qui a reçu le nom de *paralysie agitante*. Ce n'est pas ici le lieu de décrire les nuances que présentent ces désordres de la motilité ayant leur origine dans l'affaiblissement du système musculaire, et qui se produisent si fréquemment à toutes les périodes des affections de l'encéphale et souvent dès leur début. Nous passons aux signes qui dénotent une exagération maladive de l'action musculaire, c'est-à-dire aux diverses variétés de spasmes, toniques et cloniques. Dans le début des affections du cerveau, les malades se plaignent fréquemment de crampes, de roideurs dans les jambes ou dans d'autres parties du corps. Ces symptômes précèdent souvent de quelque temps l'explosion manifeste d'une maladie cérébrale. Il en est de même des secousses convulsives partielles et légères, qui précèdent l'apparition d'attaques convulsives plus complètes et plus caractérisées.

Quant aux convulsions épileptiques ou épileptiformes, qui sont un des symptômes les plus habituels des maladies du cerveau, elles figurent parmi les signes des maladies caractérisées et non parmi les cas délicats et d'une appréciation difficile.

Au milieu des désordres variés de la motilité, les troubles de la parole méritent une mention spéciale. Nous en avons déjà parlé au point de vue des rapports de la parole avec la pensée, à propos des troubles intellectuels. Nous venons de signaler également la difficulté de la prononciation, qui résulte du tremblement de la langue ou des lèvres dans la paralysie générale et dans quelques autres maladies cérébrales. Mais la perversion de la parole, depuis l'embarras presque imperceptible jusqu'à sa suppression absolue, présente de très nombreux degrés et est due à des causes très variées : elle peut tenir à la compression des nerfs lingual ou glosso-pharyngien par des tumeurs situées dans leur voisinage ; à la lésion des corps olivaires,

d'après Schrœder Van der Kolk ; à l'altération des lobes antérieurs du cerveau, d'après d'autres auteurs ; enfin elle se rencontre dans la plupart des affections du cerveau, quels que soient leur nature ou leur siège. Tantôt cette altération de la parole est à peine appréciable dans l'articulation de certains mots ; elle consiste alors plutôt dans la lenteur de l'articulation ou dans un effort peu sensible des muscles des lèvres, qui détermine une courte suspension entre les syllabes ou une sorte d'hésitation passagère, comme dans le début de la paralysie générale. Tantôt au contraire elle est très prononcée, rend le langage presque incompréhensible, et va même quelquefois jusqu'à l'impossibilité absolue de parler, comme cela a lieu dans certaines phases des affections organiques du cerveau. Un dernier fait enfin doit être mentionné relativement aux troubles de la parole, c'est le fait de sa suppression subite et momentanée, symptôme prodromique très important de l'hémorragie cérébrale ou du ramollissement.

Lésions de la sensibilité. — La sensibilité générale peut être affectée de diverses façons dans les affections encéphaliques. L'hyperesthésie est plus fréquente dans les maladies nerveuses que dans les affections organiques du cerveau. Cette exagération de la sensibilité peut être portée au point que le malade redoute le plus léger contact, le plus simple frôlement de la peau, un simple courant d'air, l'ouverture d'une porte, le bruit d'une feuille de papier, etc. On observe quelquefois cette augmentation de la sensibilité au début des inflammations du cerveau, ou dans les cas de tumeurs des corps restiformes, du pont de Varole, des tubercles quadrijumeaux, etc. On peut également observer une hyperesthésie générale, simulant des névralgies périphériques, dans certains cas d'affection cérébrale commençante, et lorsqu'il s'y joint des céphalalgies prolongées et quelques phénomènes psychiques, on doit craindre une maladie organique du cerveau, et non une simple maladie nerveuse.

Les altérations de la sensibilité cérébrale se manifestent sous deux formes principales, le *vertige* et la *céphalalgie*.

Le *vertige* est un des symptômes principaux des affections du cerveau ; il se manifeste ordinairement dès le début, et consiste dans une sensation de mouvement rotatoire, ou dans une perte momentanée de connaissance, qui constitue le vertige épileptique. Cette

forme de vertige nerveux n'existe pas seulement dans l'épilepsie essentielle, mais se produit également dans des affections organiques du cerveau. Le malade est pris subitement, souvent plusieurs fois dans le cours d'une même journée, d'une suspension complète de tout rapport avec le monde extérieur, qui survient dans toutes les positions du corps ; il arrête brusquement, pendant quelques secondes, l'action commencée, laquelle continue aussitôt après la cessation du vertige. Ce symptôme très fréquent a une véritable importance comme signe prodromique.

La *céphalalgie* également a une grande valeur dans le diagnostic des maladies de l'encéphale. Elle n'existe pas toujours, mais elle est très fréquente, et a lieu même dans des cas où les malades en nient l'existence parce qu'ils en perdent le souvenir, comme par exemple dans la première période de la paralysie générale et dans le ramollissememt. Elle est habituellement extrêmement aiguë, quelquefois au point d'arracher des cris au malade, surtout dans les tumeurs du cerveau. Elle est le plus souvent localisée dans un point déterminé de la tête, qui est loin d'être en rapport constant avec le siège de la lésion, excepté peut-être pour les lésions du cervelet. Elle se produit habituellement sous forme de paroxysmes, s'accompagne fréquemment de vomissements, et est ordinairement très augmentée par les mouvements imprimés au tronc ou à la tête.

L'*anesthésie* est plus souvent liée aux affections cérébrales que l'hyperesthésie; elle survient souvent quelques jours ou quelques heures avant des attaques aiguës de maladie du cerveau. On l'a quelquefois observée plusieurs années avant tout autre symptôme. Fréquemment, avant de constater cette diminution de la sensibilité, le malade a conscience de sensations particulières dans les parties affectées ; il se frotte les mains, les bras, les jambes, dans le but de ranimer la circulation dans ces parties; il a la sensation de fourmillements, d'engourdissement. L'engourdissement, la sensation de froid ou de fourmillement, dans un des doigts du pied ou de la main, sont très fréquemment un signe prodromique d'hémorragie cérébrale. La conjonctive ou la muqueuse nasale présentent souvent aussi une remarquable insensibilité dans la première période de certaines maladies du cerveau. On observe quelquefois également une perte de sensibilité dans l'un des côtés de la bouche, symptôme

appréciable pendant que le malade prend des aliments. Dans d'autres cas enfin, il y a diminution du goût, par suite d'une perte de la sensibilité de la langue et du pharynx.

Indépendamment de ces troubles de la sensibilité générale, chacun des sens spéciaux peut être affecté d'une manière différente, et ces altérations de la sensibilité spéciale ont une véritable importance. Pour bien apprécier le degré de diminution ou d'augmentation dans l'activité des sens spéciaux, il importe de les comparer à leur état normal chez l'individu soumis à l'examen, car il existe de grandes différences sous le rapport de l'acuité des sens chez les divers individus; néanmoins, lorsque le degré d'anesthésie ou d'hyperesthésie sensoriale est très prononcé, on doit le considérer comme maladif.

La *vision* surtout offre, dans les affections cérébrales, de nombreuses altérations qui méritent de fixer l'attention.

En première ligne, figure l'*amaurose*, soit subite, soit survenue graduellement, et qui dépend le plus souvent d'une compression exercée par une tumeur sur les nerfs optiques à leur origine, ou d'une maladie des tubercules quadrijumeaux, des couches optiques ou des parties environnantes. Le plus souvent, cette amaurose d'origine cérébrale est accompagnée de sensations subjectives lumineuses, de visions de diverses natures, qui peuvent même quelquefois se transformer en véritables hallucinations.

L'amaurose due à une lésion cérébrale est fréquemment aussi associée à des troubles variés de la vision, au *strabisme*, à la *paralysie du nerf moteur oculaire commun*, avec dilatation de la pupille et chute de la paupière supérieure, à l'*hémiopie* et à la *diplopie*. Tantôt l'œil voit les objets renversés, tantôt leurs contours sont effacés ou comme brisés : en lisant, le malade n'aperçoit pas certaines syllabes, certains mots ou certaines lignes, et il est obligé de mouvoir l'œil ou la tête pour découvrir ces points effacés. Dans d'autres cas, il ne voit que la moitié des objets ; enfin il est des circonstances où il ne distingue les objets que lorsqu'ils sont dans un certain rapport avec l'œil. Dans les cas d'amaurose cérébrale produite graduellement, il est rare que les deux yeux soient atteints au même degré ; il arrive même souvent que le hasard seul fait découvrir la perte déjà ancienne de l'un des yeux quand l'autre commence seulement à s'affaiblir.

La *perte subite de la vue* est aussi un signe fréquent des affections du cerveau et en particulier un symptôme précurseur de l'hémorragie cérébrale ; il est assez remarquable que, dans un certain nombre de cas de perte subite de la vision, la vue se rétablit quelquefois tout à coup, au bout d'un certain temps, ou bien reparaît et disparaît à plusieurs reprises pendant le cours de la maladie du cerveau.

L'*exaltation de la vision* est également quelquefois observée comme prodrome des affections encéphaliques ; le malade accuse alors soit une sensibilité exagérée de la rétine, soit une extension anormale des capacités visuelles. On observe quelquefois ce symptôme plusieurs jours avant une attaque d'apoplexie ou une inflammation du cerveau.

L'*acuité excessive de l'ouïe* est fréquemment aussi un signe prodromique de ces maladies, de même que la surdité ou divers troubles des fonctions auditives, tels que bourdonnements, bruits de cloches, illusions et même hallucinations de l'ouïe, s'observent encore dans diverses phases des maladies du cerveau ou du crâne. Ces phénomènes de perversion du sens de l'ouïe sont quelquefois accompagnés d'écoulement par l'oreille, ainsi qu'on l'observe surtout dans les cas de carie du rocher, avec complications encéphaliques, chez les enfants scrofuleux.

Les *sens de l'odorat*, *du goût* et *du tact* présentent aussi des perturbations correspondantes, mais sans aucune particularité qui nécessite une mention spéciale.

Pour terminer l'examen des symptômes propres aux affections cérébrales, nous aurions encore à suivre l'auteur dans deux chapitres qu'il consacre, l'un à l'étude des signes tirés du sommeil et des rêves, et l'autre aux altérations concomitantes des organes autres que le cerveau ; mais nous avons hâte d'arriver à la conclusion que nous voulons tirer de cette revue de l'ouvrage si intéressant du Dr Winslow.

La séméiologie des affections du cerveau, telle que nous venons de l'esquisser à grands traits, et telle que le Dr Winslow l'a décrite dans ses détails, a certainement un grand intérêt et contribue pour sa part à la connaissance plus exacte de ces maladies ; mais ce n'est là qu'une branche de la pathologie cérébrale, ce n'est pas cette pathologie tout entière.

Deux méthodes principales existent en médecine pour arriver à connaître les maladies et à constituer les espèces morbides : la *méthode anatomique* et la *méthode symptomatique*.

Dans la première, on recherche avant tout la lésion comme base unique sur laquelle on fait reposer l'unité morbide, et l'on subordonne ensuite à cette lésion tous les symptômes qui n'ont plus pour cette école qu'une importance secondaire. Cette méthode, dans tous les cas où elle est applicable, c'est-à-dire lorsqu'on découvre une lésion assez constante pour pouvoir grouper autour d'elle tous les symptômes observés, a certainement un grand avantage; elle fournit à l'esprit un point de repère fixe et inébranlable, auquel il peut se rattacher, et qui lui permet de se reconnaître au milieu de la diversité et de la mobilité des phénomènes. Mais cette méthode a souvent pour résultat de faire une trop grande abstraction des diversités de marche et de symptômes que nous offre l'observation de la nature ; elle nous fait négliger l'étude attentive des nuances et des délicatesses de symptômes qui ont cependant une grande importance aux yeux du praticien ; enfin, elle réunit, autour d'une même altération anatomique, un trop grand nombre de faits dissemblables au point de vue symptomatique, sous le prétexte de l'identité de la lésion. C'est ce qui est arrivé, par exemple, dans l'étude des affections cérébrales, pour le ramollissement du cerveau, maladie constituée uniquement sur la base anatomique, et dans laquelle on a rassemblé artificiellement un grand nombre de faits disparates sous le rapport de leurs symptômes et de leur marche, et qui, au point de vue d'une science plus avancée, ne devraient pas figurer pêle-mêle dans la même catégorie. Il en est encore ainsi des cas si nombreux, décrits sous le nom vague et élastique de *congestions* et d'*inflammations encéphaliques*, qu'une science exclusivement anatomique réunit dans un même groupe beaucoup trop vaste pour les comprendre tous, sans tenir compte des différences fondamentales qui les séparent, sous le rapport de l'ensemble de leurs symptômes et de leur marche.

Mais, si la méthode purement anatomique, qui ne tient compte que des lésions pour constituer les maladies, a, dans la pathologie cérébrale, l'inconvénient grave de faire des catégories trop étendues, qu'une science plus perfectionnée doit chercher à séparer en plu-

sieurs espèces distinctes, la *méthode purement symptomatique* offre à son tour le danger précisément inverse. En fixant uniquement son attention sur l'observation symptomatique des maladies, on constate entre elles des différences si nombreuses qu'on est presque infailliblement conduit à multiplier à l'infini leurs formes et leurs variétés, et à constituer autant d'unités distinctes qu'il existe de symptômes importants. C'est ainsi que l'ancienne médecine est arrivée, dans la pathologie cérébrale, à faire du vertige, de la céphalalgie, de la convulsion, de la contracture, de l'hémiplégie, etc., autant d'affections distinctes et séparées. On arrive même dans cette voie à un résultat plus fâcheux encore. On ne cherche plus à décrire des maladies ayant leurs symptômes propres, leurs périodes et leur marche particulière : on réduit toute la pathologie à la séméiologie. On détache les symptômes observés de leur entourage naturel ; on les arrache violemment à la maladie ou à la période à laquelle ils appartiennent, pour les placer arbitrairement dans un ordre méthodique, à côté d'autres symptômes du même genre, empruntés à des états tout différents. On rapproche ainsi artificiellement, à l'aide d'un seul caractère commun, des faits qui ne présentent, au milieu de toutes leurs diversités, qu'un seul point de contact. Tel est l'écueil de la séméiologie des affections cérébrales, telle que l'a conçue l'auteur dont nous parlons, et telle qu'elle a été réalisée par le professeur Romberg (1). Une fois entré dans cette voie purement séméiologique, on arrive inévitablement à classer les symptômes des maladies dans l'ordre des fonctions lésées, à constater que ces fonctions peuvent être altérées de trois façons différentes, c'est-à-dire exaltées, affaiblies ou perverties, et l'on énumère ainsi successivement sous ces trois chefs les signes les plus variés empruntés aux affections les plus diverses. On arrive même, par une conséquence rigoureuse et presque fatale, à la négation des maladies elles-mêmes. On en vient au point auquel est parvenu le professeur Romberg, c'est-à-dire à rayer de la science les maladies les mieux caractérisées, dont l'existence distincte a été sanctionnée par l'expérience des siècles, telles que la chorée, l'hystérie, l'épilepsie, que cet auteur distingué ne décrit plus comme affections spéciales et se

(1) Romberg. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen* : Berlin. 1846.

borne à faire figurer, à titre de symptômes, parmi les troubles actifs de la motilité, auxquels il donne le nom d'*hypercinèses*.

Eh bien, entre ces deux méthodes également exclusives, pour étudier et constituer les maladies cérébrales, la méthode anatomique et la méthode séméiologique, il en est une troisième que nous appellerons *nosologique*, qui participe des avantages de l'une et de l'autre, et qui peut seule, selon nous, contribuer au perfectionnement de la science. Au lieu de vouloir tout réduire, dans l'examen des maladies cérébrales, soit à la connaissance des lésions anatomiques, soit au classement artificiel des symptômes considérés dans leur isolement, il faut sans doute tenir grand compte de ces deux ordres de travaux comme éléments importants de la pathologie cérébrale, mais il ne faut pas borner là son étude. Après avoir envisagé séparément ces deux ordres de caractères, il faut chercher à les réunir, à les grouper dans l'ordre où la maladie elle-même nous les présente, dans leur mode de succession naturelle. Après l'analyse détaillée de chacun d'eux, nécessaire pour en faciliter l'étude exacte et complète, il faut s'élever à une nouvelle synthèse et chercher à reconstituer, à l'aide de ces éléments épars, la maladie dans son ensemble et dans sa marche, avec ses prodromes, ses diverses phases et ses terminaisons.

En résumé, si l'on veut faire progresser la connaissance des affections du cerveau, il est utile sans doute d'en étudier, d'une manière approfondie, la séméiologie, ainsi que l'a fait le Dr Winslow; mais, après l'étude des symptômes, il faut chercher à faire celle des maladies. Au lieu de fragmenter artificiellement les divers éléments qui les composent, il faut s'attacher à les décrire dans leur ensemble et dans leur évolution naturelle; au lieu de faire de la séméiologie pure et simple, il faut faire de la nosologie, et remettre à la place qu'il occupe réellement dans la nature chacun des signes qu'on a d'abord examinés séparément. C'est seulement à cette condition de faire succéder la nosologie à la séméiologie que l'on pourra imprimer un véritable progrès à la pathologie, encore si obscure et si peu avancée, des affections cérébrales.

II

RECHERCHES SUR LA FOLIE PARALYTIQUE

ET LES

DIVERSES PARALYSIES GÉNÉRALES (1)

— 1853 —

INTRODUCTION

Dans ce travail, je ne me propose pas d'entreprendre la description complète de la maladie connue sous le nom de *paralysie générale des aliénés*; mon intention est au contraire de me restreindre à l'examen de quelques points qui me paraissent les plus dignes d'intérêt dans l'histoire de cette affection.

La paralysie générale des aliénés, d'abord décrite avec un grand soin en 1822 par Bayle (2), en 1824 par Delaye (3), et en 1825 et 1826 par Bayle (4) et Calmeil (5), est devenue, depuis cette époque, l'objet de l'attention de tous les aliénistes, principalement en France. Les travaux d'Esquirol (6), de MM. Foville (7), Parchappe (8), et Baillarger (9), ont surtout ajouté de nouveaux traits à la description déjà si exacte des premiers observateurs. Cependant des discussions nombreuses ont eu lieu au sujet de la paralysie des aliénés, et des questions importantes ont été soulevées. Ces

(1) *Thèse inaugurale*, Paris, 30 mai 1853.
(2) Bayle, Thèse de Paris, 1822.
(3) Delaye, *De la paralysie générale incomplète ;* thèse de Paris, 1824.
(4) Bayle, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes;* Paris, 1825.
(5) Calmeil, *De la paralysie considérée chez les aliénés;* Paris, 1826.
(6) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. II, art. *Démence*.
(7) Foville, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques ;* Paris, 1840, article *Paralysie*.
(8) Parchappe, *Traité théorique et pratique de la folie;* Paris, 1841.
(9) Baillarger, *Annales médico-psychol.*, t. VIII et IX, 1846 et 1847.

questions nouvelles, qui sont loin d'être résolues, ont tellement modifié le point de vue auquel un certain nombre de médecins envisagent aujourd'hui l'histoire de cette affection, qu'elle a pris ainsi une nouvelle face. Un court historique est donc indispensable pour faire comprendre la situation des esprits relativement à la maladie qui nous occupe.

Lorsque, pour la première fois, Delaye, Bayle et Calmeil signalèrent à l'attention des médecins, et décrivirent avec tant d'exactitude, la paralysie survenant chez les aliénés, la circonstance du lieu où ils observaient cette affection, la nature des malades qu'ils avaient sous les yeux, et les seules périodes dont ils pouvaient être témoins, les conduisirent naturellement à regarder la maladie comme se produisant exclusivement chez les aliénés, et même comme une simple complication de l'aliénation mentale.

Bayle, il est vrai, en cherchant à mettre cette paralysie spéciale en rapport avec des lésions anatomiques constantes et un délire particulier qui, suivant lui, ne manquait presque jamais, admit qu'elle était plutôt une forme qu'une complication de l'aliénation mentale ; toutefois, l'idée de complication, patronée sans réserve par Esquirol, fut acceptée par le plus grand nombre de ses élèves, et pendant une vingtaine d'années régna presque sans conteste dans la science.

Parchappe chercha bien, en 1838 et 1841, à prouver que cette maladie était liée à une lésion anatomique constante, le ramollissement de la couche corticale du cerveau, et qu'elle méritait le nom spécial de *folie paralytique* ; mais il reconnut en même temps que tantôt la paralysie pouvait, dès le début, constituer une forme de maladie mentale, et tantôt, au contraire, ne survenir que dans les aliénations déjà anciennes. Il consacra ainsi, pour ce dernier ordre de faits, l'idée de complication.

Plus tard, on signala dans les hôpitaux ordinaires quelques malades qui parurent présenter la même paralysie que les aliénés observés dans les asiles spéciaux, et chez lesquels on ne constatait pas de perturbation des facultés intellectuelles. De plus, M. Baillarger, en fixant son attention, d'une manière particulière, sur les débuts de la paralysie générale chez les aliénés, crut découvrir que la paralysie précédait presque toujours l'apparition du délire. Il en conclut qu'elle était, dans cette maladie, le phénomène primitif et

principal, tandis que le délire, auquel on avait jusque-là accordé la prééminence, n'était qu'un phénomène secondaire et accessoire. Une nouvelle phase commença alors dans l'histoire de cette maladie, et c'est alors aussi que M. Requin proposa le premier, en 1846, le nom de *paralysie générale progressive*, pour remplacer celui de *paralysie générale des aliénés*. Cette dénomination, en effet, ne semblait plus convenir, s'il était démontré que cette paralysie pouvait exister chez des individus non aliénés, et que, dans les cas mêmes où l'aliénation survenait ultérieurement, la première période de la maladie consistait principalement dans des phénomènes paralytiques.

Cependant, en même temps que surgissait cette opinion nouvelle sur la nature de cette affection, il s'en produisait parallèlement une autre, basée, comme la précédente, sur les faits nouvellement observés, mais interprétés d'une manière différente. Les partisans de cette opinion, au lieu de confondre en une seule maladie les faits constatés dans les hôpitaux ordinaires et les faits observés dans les asiles d'aliénés, concluaient à l'existence de deux espèces de paralysies générales, l'une sans aliénation, et l'autre avec aliénation. Cette manière de voir, principalement soutenue par MM. Sandras, Brierre de Boismont, et Duchenne de Boulogne, est encore peu précisée. Ces auteurs, en effet, n'ont eu à citer qu'un très petit nombre d'exemples de cette maladie nouvelle, et n'ont pas pu établir de caractères distinctifs, autres que la présence ou l'absence du délire, qui permettraient de la distinguer, dans ses symptômes et dans sa marche, de la paralysie des aliénés.

En résumé, dans l'état actuel de la science, il existe quatre opinions principales relativement à la paralysie générale :

L'une, la plus ancienne de toutes, admise par Delaye, Calmeil, Georget, Esquirol, et la plupart de ses élèves, consiste à considérer cette maladie comme une simple complication ou même comme une terminaison de toutes les espèces d'aliénation mentale.

L'autre, soutenue, avec plus ou moins de rigueur, par Bayle, Parchappe, Ducheck de Prague (1), etc., consiste à l'envisager comme une forme distincte et spéciale de folie, caractérisée tout à

(1) Ducheck, *Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde;* Prag, t. VIII, Jahrgang 1851, 1er numéro.

la fois par des symptômes physiques et moraux, et par des lésions anatomiques.

Dans la troisième, surtout préconisée par Requin (1), Baillarger, Lunier (2), Hubert-Rodrigues (3), on confond, à l'aide du seul symptôme paralysie, les faits de paralysie générale sans délire et ceux avec délire, en une seule et même maladie, sous le nom de *paralysie générale progressive*.

Enfin, dans la quatrième, admise par Sandras (4), Brierre de Boismont (5), et Duchenne de Boulogne, on reconnaît deux espèces principales de paralysies générales : la paralysie avec aliénation et la paralysie sans aliénation.

Au milieu de cette divergence d'opinions, le seul moyen d'arriver à la vérité consiste dans l'observation comparative des malades dans les asiles d'aliénés et dans les hôpitaux ordinaires. Avant de se livrer à cette double observation clinique, il importe de préciser exactement les termes de la question à résoudre. Existe-t-il deux espèces de paralysie générale, l'une avec aliénation, l'autre sans aliénation, ou bien est-ce là une seule et même maladie? telle est la question aujourd'hui posée : eh bien, ce n'est pas, selon nous, la question la plus importante à résoudre tout d'abord. Avant de se demander si toutes les paralysies générales se terminent ou ne se terminent pas par le délire, il convient de savoir ce qu'on doit entendre par *paralysie générale*, et si ce ne serait pas un symptôme de maladies diverses, au lieu de constituer réellement une individualité maladive. On doit donc, à notre avis, placer la discussion sur un autre terrain. Aussi, aurons-nous pour but d'opposer la paralysie générale, considérée comme maladie, à la paralysie générale, envisagée comme symptôme de maladies diverses. Nous chercherons, d'une part, à démontrer qu'il existe une forme de la folie, caractérisée non seulement par cette paralysie spéciale, mais par un ensemble de phénomènes physiques et moraux et par sa marche particulière; nous chercherons, d'autre part, à prouver que la paralysie générale peut

(1) Requin, *Éléments de pathologie*, t. II, 1846.
(2) Lunier, *Recherches sur la paralysie générale progressive*, 1849.
(3) Hubert-Rodrigues, *Traité de la paralysie générale chronique;* Anvers, 1847.
(4) Sandras, *Traité pratique des maladies nerveuses*, t. II, 1851.
(5) Brierre de Boismont, *Supplément* au *Dict. des dict. de médecine*, art. *Paralysie progressive*, 1851.

exister, à titre de symptôme, dans un grand nombre de maladies connues.

Ce travail se divisera donc naturellement en deux parties :

Dans la première, je m'efforcerai de démontrer que la folie paralytique est une forme spéciale de maladie mentale, caractérisée non seulement par ses lésions anatomiques et par les phénomènes spéciaux de la paralysie, mais par ses symptômes psychiques et par sa marche ; seulement les deux premiers points ayant été élucidés par les auteurs, je n'insisterai que sur les deux derniers, en faisant de chacun d'eux l'objet d'un chapitre particulier.

Dans la seconde partie, je passerai rapidement en revue les diverses maladies susceptibles d'être confondues avec la folie paralytique, afin de les distinguer, autant que possible, de cette affection.

Ces deux parties, quoique distinctes, concourront donc, en définitive, au même but et se viendront réciproquement en aide : la démonstration de la forme spéciale, établie dans la première partie, deviendra l'auxiliaire le plus utile pour le diagnostic différentiel, et celui-ci, à son tour, contribuera puissamment à prouver la spécialité de la forme paralytique de la folie.

La plupart des faits cités par les auteurs me paraissent pouvoir rentrer dans le cadre de ces deux parties, c'est-à-dire dans la folie paralytique débutant avec ou sans délire, ou dans les diverses maladies connues. Indépendamment de ces deux catégories de faits, en existe-t-il une troisième, ou, en d'autres termes, existe-t-il une maladie nouvelle qui mériterait le nom de *paralysie progressive*, et qui ne pourrait être assimilée ni à la folie paralytique ni aux diverses maladies que nous passons en revue dans la dernière partie ? Ce serait là une troisième question que nous n'aborderons pas, parce que les éléments nous manquent encore pour nous prononcer affirmativement. Nous dirons seulement que les exemples cités par les auteurs, à l'appui de cette nouvelle maladie, sont loin d'en avoir démontré scientifiquement l'existence. Cette discussion nous paraît donc prématurée, à cause du petit nombre d'observations que possède aujourd'hui la science.

Une dernière remarque est encore nécessaire relativement à la dénomination que j'ai adoptée pour désigner la paralysie des alié-

nés : j'ai préféré à ce mot, qui implique l'idée de complication, et à celui de *paralysie progressive*, qui se lie à l'idée de maladie distincte de la folie, le mot de *folie paralytique* ; ce mot, employé par M. Parchappe, me paraît en effet celui qui correspond le mieux à l'idée de forme spéciale de la folie. On m'objectera que puisque j'admets que cette maladie peut débuter sans délire, le mot de *folie* devient alors impropre ; je réponds qu'il n'en est pas ainsi, puisque dans ces cas mêmes, le trouble des facultés intellectuelles survient tôt ou tard, et que ces faits sont d'ailleurs exceptionnels.

On dira que, même en accordant au délire une importance égale à celle de la paralysie, ce n'est pas une raison pour donner la préférence au délire, puisque ces deux symptômes sont au même titre l'expression d'une même maladie ; à cela je réponds que, sans attacher une grande importance à la préséance d'un symptôme sur l'autre, je crois devoir, lorsqu'il s'agit de se prononcer, accorder la prééminence au délire, parce qu'il est presque toujours, dès le début, le phénomène le plus saillant, qu'il est longtemps le seul aperçu, qu'enfin, s'il est des cas qui débutent par la paralysie, il en est aussi d'autres qui débutent par le délire. Je repousse le mot de *paralysie progressive* pour conserver cette maladie dans le cadre des maladies mentales. Ce mot, en fixant exclusivement l'attention sur le symptôme paralysie, et en lui donnant pour caractère principal celui de la progression, qui peut s'appliquer à presque toutes les maladies, est devenu, ainsi que le mot de *paralysie générale*, la cause de la plupart des confusions contre lesquelles je m'élève et contre lesquelles il ne me paraît pas exister de meilleur moyen de réagir que de supprimer le mot même qui leur a donné naissance.

PREMIÈRE PARTIE

DE LA FOLIE PARALYTIQUE, CONSIDÉRÉE COMME FORME SPÉCIALE DE MALADIE MENTALE

Deux opinions principales, nous l'avons déjà dit, existent parmi les médecins sur la paralysie générale dans ses rapports avec l'alié-

nation : les uns admettent, avec Esquirol, que cette paralysie n'est qu'un symptôme survenant accidentellement dans toutes les formes de la folie, et terminant même la plupart des folies chroniques ; les autres, au lieu de la considérer comme une complication éventuelle, admettent que tous les aliénés indistinctement ne sont pas susceptibles de devenir paralytiques. Cette seconde opinion, formulée ainsi d'une manière générale, par opposition à la précédente, se subdivise, à son tour, en deux autres opinions différentes : dans l'une, la paralysie générale est considérée comme une forme spéciale de maladie mentale, et dans l'autre, comme une maladie, également spéciale, mais distincte de la folie.

Georget, en imprimant en 1820 (1) que le cerveau, d'abord atteint comme organe de l'intelligence, devait finir par être atteint également comme organe des mouvements, a exprimé, ce me semble, de la manière la plus nette, la doctrine des partisans de l'idée de complication, parmi lesquels on compte encore un assez grand nombre de médecins aliénistes. Esquirol, d'ailleurs, a formulé la même opinion ; il va jusqu'à dire que certains maniaques deviennent paralytiques, à force de rester longtemps fixés sur un fauteuil (2). En un mot, il semble que beaucoup d'aliénistes considèrent aujourd'hui comme établies les deux propositions suivantes, qui paraissent en quelque sorte solidaires ; toute folie qui devient chronique finit par se transformer en démence, et toute démence a de la tendance à se compliquer de paralysie. Ces deux propositions ne nous paraissent pas plus exactes l'une que l'autre. Ce n'est pas ici le lieu de chercher à démontrer que la folie chronique n'est pas toujours de la démence, c'est-à-dire que tous les aliénés, atteints de folie depuis de longues années, sont loin de présenter les caractères psychiques attribués à la démence, par Pinel et par Esquirol, caractères qui se résument dans l'affaiblissement extrême des facultés intellectuelles et morales. Qu'il nous suffise d'invoquer à cet égard le témoignage des médecins placés à la tête de grands asiles d'aliénés ; ils reconnaîtront, comme nous, que beaucoup d'aliénés, ayant séjourné longtemps dans ces établissements, présentent une simple aliénation partielle chronique,

(1) Georget, *Traité de la folie*, 1820.
(2) Esquirol, *Des Maladies mentales*, t. II, p. 282.

sans débilité intellectuelle prononcée. Eh bien, ce que nous disons ici de la démence, qui n'est pas, selon nous, une terminaison nécessaire de toutes les folies chroniques, nous croyons pouvoir le dire avec plus de raison encore de la paralysie; loin d'être une compagne habituelle de la folie chronique, elle nous paraît ne jamais survenir dans les folies anciennes. Quelques développements sont nécessaires relativement à cette question importante.

MM. Baillarger et Lunier se sont surtout élevés contre l'opinion que nous voulons nous-même combattre ; ils ont fourni plusieurs arguments assez puissants, mais ils nous paraissent avoir poussé trop loin la réaction contre les idées d'Esquirol. Ils ne se sont pas bornés en effet à soutenir que la paralysie ne venait pas compliquer les folies anciennes ; ils ont voulu démontrer que la paralysie, loin de toujours succéder au délire, le précédait presque constamment, et souvent même existait sans lui ; ils sont ainsi arrivés à conclure que la paralysie était le phénomène primitif et principal, le délire le phénomène secondaire et accessoire, et que l'on devait dès lors sortir la paralysie générale du cadre de la folie. Nous ne les suivrons pas sur ce terrain ; nous nous bornerons à montrer que la paralysie générale, ou mieux la folie paralytique, est une forme spéciale de la folie, dont la paralysie et le délire sont deux symptômes aussi essentiels l'un que l'autre, et la caractérisant au même titre. Sans attacher beaucoup d'importance à la question de prééminence entre ces deux symptômes, qui nous paraissent l'un et l'autre l'expression d'un même état morbide, nous accorderons cependant la première place au délire, qui est, pendant tout le cours de la maladie, le phénomène le plus saillant, celui qui attire le plus naturellement l'attention, et celui qui mérite le plus de la fixer.

Notre opinion une fois exprimée sur ce débat secondaire, voyons quels arguments on peut opposer aux partisans de l'idée de complication. Les auteurs que nous venons de citer ont paru croire que le seul moyen de combattre cette idée consistait à prouver que la paralysie précédait presque toujours le délire, au lieu de lui succéder, et que cette question de fait pouvait seule décider la question de nature de la maladie. C'est, selon moi, confondre un rapport de succession avec une relation de cause à effet. Les médecins qui soutenaient que la paralysie venait longtemps après compliquer le

délire voyaient dans cette succession une sorte de subordination d'un symptôme à l'autre, comme si la paralysie eût été un effet du délire. Eh bien ! ceux qui les ont combattus semblent avoir raisonné dans la même hypothèse ; ils se sont bornés à intervertir les rôles, et lorsqu'ils disent que le délire succède à la paralysie, ce langage est presque pour eux l'expression de la pensée que le délire serait un effet de la paralysie ; en un mot, ils semblent considérer le phénomène paralysie comme constituant à lui seul une maladie qui peut exister avec ou sans délire, au lieu de considérer la paralysie et le délire comme deux symptômes d'une même affection. Telle nous paraît même avoir été la cause principale des confusions nombreuses dans lesquelles on est tombé, en ne tenant aucun compte du délire et en ne fixant son attention que sur la paralysie.

Il n'est donc pas nécessaire de chercher à prouver que la paralysie précède presque toujours l'apparition du délire pour démontrer que la folie paralytique est une affection spéciale et non une terminaison possible de toutes les folies. En effet, comme nous le dirons bientôt, la proposition avancée par MM. Baillarger et Lunier ne nous paraît pas généralement vraie : ils ont soutenu l'antériorité d'apparition de la paralysie ; nos observations, au contraire, nous portent à penser que la production presque simultanée du délire et de la paralysie est la règle habituelle, et qu'il existe, en outre, un assez grand nombre de cas où le délire précède d'un temps plus ou moins long la manifestation de la paralysie. Mais, alors même que le délire précéderait presque toujours, cela ne nous empêcherait pas de croire à une affection spéciale : peu importe, en effet, qu'un symptôme précède l'autre dans l'évolution de la maladie s'il est démontré qu'ils sont intimement liés comme expression d'un même état morbide, et si l'existence de l'un, avec ses caractères spéciaux, suffit pour faire prévoir la production ultérieure de l'autre.

Pour combattre l'opinion qui consiste à envisager la paralysie générale comme une simple complication de toutes les folies, le meilleur moyen ne nous paraît donc pas de chercher à prouver que la paralysie précède toujours le délire ; il faut montrer que cette paralysie spéciale ne survient pas dans les aliénations anciennes, que toutes les folies ne sont pas susceptibles de se transformer en

paralysie, et qu'en résumé cette paralysie est liée à des lésions anatomiques, à des caractères de délire et à une marche déterminés ; en un mot, il faut opposer à l'idée de complication accidentelle celle d'une forme spéciale caractérisée, non seulement par le symptôme paralysie, mais par un ensemble de phénomènes coordonnés d'une certaine manière et se succédant dans un ordre particulier.

Pour prouver que la paralysie spéciale dont nous parlons ne survient pas dans des folies anciennes, des observations particulières, même nombreuses, seraient tout à fait insuffisantes. Pour donner une base solide à une proposition aussi générale, il faut nécessairement en appeler à l'observation de tous ; cette vérité ne peut résulter que d'une observation longtemps réitérée sur un très grand nombre de malades. Nous nous bornerons donc ici à invoquer le témoignage des médecins qui dirigent de grands asiles d'aliénés ; nous pensons qu'ils reconnaîtront comme nous l'exactitude des deux propositions suivantes :

1° On ne voit pas survenir la paralysie spéciale qui nous occupe chez des aliénés ayant séjourné depuis de longues années dans les asiles ; si quelquefois accidentellement on constate une paralysie chez des malades de cette catégorie, elle est d'une tout autre nature et dépend d'une autre maladie, par exemple, d'un ramollissement, d'une apoplexie, d'une tumeur du cerveau, ou de toute autre affection étrangère à la folie paralytique.

2° Les aliénés qui meurent paralytiques dans les asiles offraient déjà des traces de paralysie dès leur entrée ou bien n'ont pas tardé longtemps à en présenter, et, dans tous les cas, ils sont morts trois ou quatre ans au plus après leur admission dans l'établissement.

Ces deux propositions, qui nous paraissent incontestables, ont, d'ailleurs, en leur faveur, l'autorité des auteurs mêmes qui soutiennent la thèse opposée. M. Calmeil, par exemple, quoique partisan de l'idée de complication, parmi les soixante observations que contient son excellent ouvrage, n'en a cité qu'une seule (1) dans laquelle la paralysie serait survenue chez un malade aliéné depuis treize ans. Les détails de l'observation relativement à cette prétendue

(1) Calmeil, *Paralysie*. Observ. 54.

paralysie, qui consistait plutôt en tremblements et en mouvements convulsifs qu'en une véritable paralysie, ainsi que le compte rendu de l'autopsie, sont loin de démontrer, comme l'a déjà fait remarquer M. Baillarger, que ce fait fût un exemple de paralysie générale vraie. M. Calmeil ajoute d'ailleurs que les cas de ce genre lui paraissent très rares, et qu'à Charenton la paralysie s'est presque toujours manifestée peu de temps après l'aliénation mentale. Esquirol lui-même, qui cependant, dans plusieurs autres passages de ses ouvrages, considère la paralysie comme une terminaison de la folie passée à l'état chronique, exprime ailleurs la même pensée que M. Calmeil, presque dans les mêmes termes. Le Dr Burrows ayant attribué aux mauvaises conditions hygiéniques des asiles la fréquence plus grande des paralytiques en France qu'en Angleterre, Esquirol lui répond « que les aliénés paralytiques qu'il a observés à la Salpêtrière, à Bicêtre et à Charenton, ne sont point tombés dans cet état pendant leur séjour dans ces établissements, mais étaient paralytiques avant d'y entrer ».

Ces citations, empruntées à des auteurs aussi estimés, nous paraissent suffisantes pour le but que nous nous proposons ici. Mais, pour constituer la folie paralytique à l'état de forme spéciale de maladie mentale, la chose la plus importante n'est pas de montrer que le symptôme paralysie générale ne survient pas dans les folies anciennes ; il importe surtout de faire reposer cette forme sur d'autres caractères que sur le seul symptôme paralysie ; il faut montrer qu'elle est constituée par un ensemble de phénomènes dont la réunion est indispensable pour en faire une espèce naturelle. Et d'abord, comme l'a déjà dit M. Calmeil (1), ce qui caractérise cette affection, ce n'est pas seulement, comme on est trop disposé à le croire, le fait d'une paralysie générale quelconque, c'est l'existence d'*une paralysie spéciale*, dont les signes ont été très bien indiqués par les premiers auteurs qui l'ont observée, et seront rappelés d'ailleurs dans la seconde partie de ce travail. Un second caractère, également bien étudié par les auteurs et en particulier par Bayle, Calmeil, Parchappe, Foville, etc., est celui qui dérive des lésions anatomiques. On a beaucoup discuté sur la constance de ces lésions et sur

(1) Esquirol, page 342.

la valeur réelle qu'elles peuvent avoir comme condition organique de la maladie. Les divers auteurs ne sont pas d'accord entre eux sur la lésion la plus essentielle parmi toutes celles que l'on rencontre dans le cerveau des aliénés paralytiques. Bayle, par exemple, attache surtout de l'importance à la méningite ; M. Calmeil, sans se prononcer d'une manière absolue, est disposé à considérer cette maladie comme une péri-encéphalite chronique diffuse. Foville prétend trouver cette condition organique dans l'adhérence des divers plans qu'il a décrits dans la substance blanche. Enfin Parchappe (1), à l'aide d'un très grand nombre d'autopsies faites avec le plus grand soin, est arrivé à la conviction profonde qu'il existait dans cette affection une lésion organique constante, le ramollissement de la couche corticale du cerveau.

Il est vrai qu'on a cité quelques faits de paralysie générale sans lésion appréciable de la surface du cerveau ; il est certain, en outre, que chez d'autres aliénés, chez des individus adonnés pendant leur vie à l'ivresse, et même chez des individus sains d'esprit, particulièrement chez les vieillards, on constate assez fréquemment des opacités des méninges et de légers épanchements de sérosité, qui présentent de l'analogie avec les lésions trouvées chez les aliénés paralytiques. Néanmoins il est impossible d'avoir fait un grand nombre d'ouvertures d'aliénés atteints de folie paralytique, sans avoir été frappé de la fréquence et de l'intensité des lésions de la surface du cerveau, et surtout du ramollissement de la couche corticale des lobes antérieurs, qui paraît, dans cette maladie, ainsi que l'a dit Parchappe, la lésion la plus constante.

En résumé, donc, sans pouvoir assurer que ces lésions des méninges et de la surface du cerveau soient la véritable condition organique de la paralysie générale des aliénés, il nous semble impossible, dans l'état actuel de la science, de ne pas les considérer comme un caractère important de cette affection.

Nous n'insisterons pas davantage ici sur ces deux ordres de caractères, physiques et anatomiques, de la folie paralytique, parce qu'ils ont été étudiés avec grand soin par plusieurs auteurs ; mais, pour établir l'existence de cette forme spéciale de maladie mentale, deux

(1) Parchappe, *Traité théorique et pratique de la folie*, 1841.

autres caractères nous paraissent mériter une étude attentive ; ce sont ceux que nous croyons pouvoir tirer :

1° De la marche spéciale de cette affection ;

2° De la nature particulière des phénomènes du délire.

L'examen de ces deux questions va devenir l'objet de deux chapitres qui composeront la première partie de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

MARCHE DE LA FOLIE PARALYTIQUE

Je n'ai pas l'intention de donner une description détaillée de la marche de cette maladie et de ses diverses variétés ; je me propose seulement d'en faire une esquisse rapide, afin de prouver que, malgré des différences individuelles assez nombreuses, elle présente une marche générale susceptible de description.

L'étude des débuts de cette affection est très difficile, parce que les documents manquent presque complètement dans les ouvrages des médecins qui ont étudié avec le plus de soin ses périodes ultérieures, et parce que les difficultés de l'observation directe, à la première période, sont presque insurmontables. Les malades se trouvent, en effet, dans leur famille, sans que l'on puisse avoir le moindre soupçon de l'existence de cette affection, et par conséquent sans qu'un médecin puisse être consulté. Ce n'est que plus tard, et alors que la maladie est devenue évidente pour tous, qu'il est quelquefois possible de remonter dans les antécédents du malade, à l'aide des renseignements fournis par lui-même ou par sa famille, et que l'on peut *reconstituer* la marche de cette première période de la maladie.

Les médecins qui se livrent à la pratique civile seraient dans de meilleurs conditions, sous ce rapport, que les médecins aliénistes ; mais le plus souvent ils ne sont pas appelés par les familles ; d'ailleurs ils pourraient difficilement soupçonner l'existence d'une maladie qui ne se trahit par aucun symptôme saillant, et qui est encore imparfaitement connue ; on conçoit donc que les documents

manquent à la science pour la description exacte de cette période, et que l'on ne doive affirmer qu'avec réserve les divers détails que l'on y fait figurer.

La question la plus controversée, relativement au début de cette maladie, est celle de savoir si les premiers phénomènes qui apparaissent sont les symptômes paralytiques ou les symptômes intellectuels et moraux. Jusqu'à ces derniers temps, tous les médecins aliénistes admettaient que les phénomènes du délire précédaient presque toujours de longtemps l'apparition des phénomènes paralytiques; ils allaient même jusqu'à considérer la paralysie comme une simple complication de la folie. MM. Baillarger et Lunier principalement, se sont élevés contre cette manière de voir et ont cherché à démontrer la proposition inverse, soit par des observations nouvelles, soit par la critique des observations publiées par divers auteurs. M. Baillarger surtout s'est appuyé, à cet égard, sur des considérations qui ne manquent pas de justesse. Il a fait remarquer que presque tous les aliénés paralytiques présentaient des phénomènes, plus ou moins sensibles, de tremblement ou d'embarras de la parole au moment de leur entrée dans les asiles, c'est-à-dire dès le premier instant où un médecin exercé était appelé à les examiner ; il a fait observer, en outre, que ces symptômes si légers de paralysie, à peine aperçus par la plupart des médecins, devraient à plus forte raison, échapper à l'attention des familles : les renseignements perdaient ainsi toute valeur relativement à l'existence d'un symptôme que les parents n'étaient pas en état de constater, et qui devait moins les frapper que les modifications survenues dans les habitudes, le caractère ou l'intelligence ; enfin il a ajouté qu'il avait souvent observé des malades atteints d'abord uniquement de phénomènes paralytiques, et qui plus tard seulement avaient présenté les symptômes du délire caractéristique de cette affection.

Loin de contester la justesse de ces réflexions et l'exactitude des faits observés, nous croyons que M. Baillarger a fait une chose utile en fixant l'attention des médecins sur des symptômes prodromiques qui avaient échappé à la plupart des observateurs ; mais nous pensons que cet auteur a poussé trop loin la réaction contre l'opinion anciennement reçue, et qu'il s'est trompé en proclamant comme règle générale ce qui nous paraît être l'exception. Il est certain, en

effet, qu'en se livrant à des enquêtes sérieuses relativement aux antécédents des aliénés paralytiques, on découvre très souvent, dès le début de la maladie, l'existence de phénomènes physiques contemporains du délire, ou ayant suivi de près l'apparition des phénomènes intellectuels et moraux, qui seuls ont frappé l'attention : il serait donc inexact de dire que les phénomènes du délire précèdent presque toujours de longtemps les premières manifestations de la paralysie; mais M. Baillarger nous paraît avoir eu le tort de confondre la simultanéité d'apparition des deux ordres de phénomènes avec l'antériorité des phénomènes paralytiques. S'il est vrai qu'un certain nombre de malades présentent, pendant un temps plus ou moins long, des phénomènes de paralysie sans délire, et plus tard, offrent tous les symptômes caractéristiques de la folie paralytique et même le délire des grandeurs (nous en avons nous-même observé un exemple très remarquable, que nous citons à la fin de ce travail), dans le plus grand nombre des cas, les deux ordres de phénomènes marchent de front dans leur évolution. De plus, s'il est des faits où la paralysie se produit avant le délire, il en est d'autres, comme on peut s'en convaincre dans les grands asiles d'aliénés, dans lesquels le délire caractéristique, sous la forme maniaque ou monomaniaque, précède l'apparition des premiers indices de la paralysie. En résumé, nous pensons que les symptômes de délire et de paralysie caractérisent au même titre l'un que l'autre la folie paralytique, et qu'ils apparaissent en général tous les deux, dès le début, à des degrés très divers il est vrai. Dans les cas où le délire est évident, il est rare qu'un médecin exercé n'aperçoive pas quelques traces de tremblement ou d'embarras de la parole ; dans ceux au contraire où les phénomènes paralytiques sont plus saillants, on constate presque toujours soit des modifications considérables dans le caractère, soit un affaiblissement manifeste de l'intelligence et de la mémoire. Telle est, selon nous, la règle générale ; néanmoins il est des cas exceptionnels où la paralysie existe pendant assez longtemps, sans altération de l'intelligence, et il en est d'autres aussi dans lesquels le délire caractéristique peut précéder d'assez longtemps les premières manifestations de la paralysie.

Après l'examen de cette question préliminaire, abordons la description de la marche de l'affection. Pour tenir compte des différences

assez nombreuses que peut présenter cette marche au début, nous admettrons plusieurs variétés dans la première période. On comprend que ces distinctions théoriques, indispensables pour la clarté de l'exposition, sont loin d'exister d'une manière aussi tranchée dans la nature, et que les caractères qui nous serviront à établir ces variétés n'expriment en réalité que des prédominances de symptômes.

On a cherché à retrouver, dans le caractère antérieur des paralytiques, quelques traits saillants qui permissent de tracer une description de ce qu'on a appelé les *signes de la prédisposition*. Souvent, en effet, on apprend que ces malades ont eu pendant toute leur vie un caractère actif, entreprenant, téméraire, qu'ils ont eu une existence très agitée, qu'ils se sont livrés aux professions les plus diverses et ont mené en un mot une vie aventureuse. Il est encore vrai généralement qu'ils étaient d'un caractère doux et bienveillant, et de temps en temps irritable et colère. Ces traits généraux ne manquent certainement pas de vérité; mais, comme on le conçoit, ils ne peuvent avoir rien d'absolu. Vouloir aller plus loin dans l'étude du caractère intérieur de ces malades serait, ce nous semble, se lancer dans une voie périlleuse, soit parce que les documents manquent encore à la science, soit surtout parce qu'il est très difficile de fixer exactement l'époque de l'invasion, et que souvent on prend pour signe de la prédisposition ce qui devrait être déjà considéré comme un premier symptôme de la maladie. Les parents, comme les médecins sont très disposés à retrouver, dans la vie antérieure des malades, des signes analogues aux caractères actuels de la maladie, et à reconstruire ainsi artificiellement le passé à l'aide des données fournies par le présent.

On peut admettre quatre variétés principales dans la marche de la paralysie générale au début: deux dans lesquelles les phénomènes physiques précèdent ou plutôt prédominent, et deux dans lesquelles, au contraire, on observe surtout les phénomènes intellectuels et moraux : ce sont 1° la variété congestive ; 2° la variété plus spécialement paralytique; 3° la variété mélancolique; 4° la variété expansive. Comme je l'ai dit plus haut, ce sont plutôt là des prédominances de symptômes que de véritables variétés distinctes.

1° *Variété congestive.*

Tous les auteurs ont noté la fréquence des congestions plus ou moins prononcées dans les prodromes de la paralysie générale, ils nous semblent même en avoir exagéré l'importance ; Bayle, par exemple, admet qu'elles existent toujours, soit sous la forme évidente d'étourdissements, d'afflux de sang à la tête, de perte de connaissance plus ou moins complète, soit sous la forme moins appréciable de congestion lente, sans signes extérieurs ou sans autre manifestation que l'excitation maniaque, qui est, à ses yeux, un signe évident de congestion. On conçoit que nous ne voulons parler ici que des congestions plus ou moins subites, présentant des signes extérieurs évidents. Il est un certain nombre de paralytiques chez lesquels une ou plusieurs congestions, plus ou moins intenses, semblent ouvrir la scène de la maladie et sont le premier phénomène qui frappe l'attention des personnes qui entourent le malade ; dans quelques cas rares même, une attaque épileptiforme semble marquer le début de cette affection. On conçoit combien il faut être réservé avant d'admettre un début aussi brusque dans une maladie dont le développement est ordinairement lent et presque insensible ; aussi presque toujours, pour ne pas dire toujours, on apprend que quelques symptômes physiques ou moraux, caractéristiques de la maladie, avaient existé avant son explosion , en apparence subite. Quo qu'il en soit, ces congestions se manifestent tantôt sous la forme de simples étourdissements ou de vertiges très courts, ayant une certaine analogie avec les vertiges épileptiques, tantôt sous la forme plus manifeste d'attaques avec demi-perte de connaissance ou même avec perte presque complète, mais momentanée. Elles sont le plus souvent accompagnées ou suivies de phénomènes paralytiques plus ou moins incomplets, ordinairement temporaires, du moins au même degré d'intensité, d'un embarras de la parole, souvent intense après l'attaque, mais qui devient ensuite beaucoup moins saillant, et d'un affaiblissement assez marqué de l'intelligence, ou bien même, selon les cas, de l'apparition évidente du délire, soit sous la forme calme, soit sous la forme agitée.

2° *Variété paralytique.*

Cette variété est difficile à décrire, parce qu'elle est encore peu connue ; c'est elle qui est devenue la cause des discussions nombreuses qui ont eu lieu, et c'est elle que certains auteurs ont voulu élever au rang de début unique de cette maladie. On rencontre de temps en temps, en effet, dans la pratique civile, des malades qui, sans cause connue, présentent un tremblement peu marqué des membres supérieurs et quelque difficulté à exécuter avec les doigts des actes délicats, tels que l'écriture par exemple ; ils éprouvent de plus une certaine irrégularité dans la marche, de la difficulté à se maintenir sur leurs jambes, et un embarras de la parole peu sensible, dont ils ont souvent conscience ou bien qu'ils expliquent par une circonstance accidentelle ou permanente, telle que la fatigue ou le froid, telle que la privation d'une dent, etc. Ces malades présentent un tremblement plus ou moins manifeste de la langue ou de la lèvre supérieure, ordinairement des céphalalgies, des étourdissements, des vertiges, n'arrivant pas jusqu'au degré de l'attaque ; quelquefois aussi, comme l'a fait observer M. Baillarger, une inégalité de dilatation des pupilles, et assez souvent enfin une impuissance plus ou moins prononcée des organes génitaux. En général, ces paralytiques semblent avoir l'intelligence parfaitement intacte ; mais, si on les examine attentivement et surtout si l'on interroge avec détail les personnes qui vivent habituellement avec eux, on découvre très souvent d'abord que leur intelligence a manifestement baissé de niveau, et ensuite qu'ils présentent de véritables perturbations dans leur caractère, des modifications dans leurs habitudes, ou des singularités dans leur intelligence ; souvent même on apprend qu'ils se sont livrés à des actes singuliers qui parurent inexplicables à ceux qui connaissaient leur caractère antérieur, et même assez souvent à des vols dont l'insignifiance ou l'imprévoyance désarmait toute accusation et trahissait déjà la faiblesse de leurs facultés.

La durée de cet état prodromique est excessivement variable ; il peut se prolonger pendant longtemps ; cependant le plus souvent les phénomènes paralytiques augmentent progressivement, l'intelligence s'affaiblit, et enfin on voit apparaître un véritable délire, soit sous

la forme agitée, soit plus souvent sous la forme calme et débile ; mais presque toujours quelques idées de grandeur ou de satisfaction surviennent tôt ou tard dans cette variété, comme dans les variétés à excitation primitive.

3° *Variété mélancolique.*

On croit en général que la folie paralytique, qui débute par le délire, commence toujours par des changements dans les habitudes, des perversions dans le caractère, par une grande activité physique et morale, en un mot, par des phénomènes d'excitation. C'est bien là en effet son début le plus fréquent, et nous en parlerons tout à l'heure. Cependant, lorsqu'on ne se contente pas de recueillir les renseignements tels que les donnent les familles, et que l'on scrute plus attentivement le passé de ces malades, on apprend qu'avant d'avoir offert des phénomènes d'excitation, le malade a souvent commencé par présenter un état plus ou moins temporaire de dépression morale que quelques auteurs, et en particulier le Dr Ducheck, de Prague, ont appelé le *stade mélancolique*. En lisant les observations consignées par les auteurs, en particulier par Bayle et Calmeil, on voit qu'ils font mention assez fréquemment de cet état de mélancolie comme ayant précédé de peu de temps l'apparition des phénomènes de l'excitation ; on doit même ajouter que presque toujours, lorsqu'on a signalé l'existence de la mélancolie dans la paralysie générale, c'est au début qu'elle a été observée ; ce stade peut, dans quelques cas exceptionnels, avoir une longue durée, et c'est principalement dans ces cas que l'on a noté une prolongation excessive de la maladie. Nous n'avons pas à insister ici sur les caractères particuliers de cet état mélancolique, d'ailleurs peu connu, parce qu'on n'est presque jamais en position de l'observer directement ; nous dirons seulement qu'il consiste ordinairement en une prostration extrême physique et morale, accompagnée souvent d'idées de crainte ou d'idées hypocondriaques, et que souvent aussi une débilité musculaire momentanée se joint à l'affaiblissement du moral, et donne au malade le sentiment d'une fin prochaine. Cet état, ordinairement d'assez courte durée, passe le plus souvent inaperçu, ou bien il est attribué à une cause légitime

de tristesse ou considéré comme une simple bizarrerie de caractère. Il est ordinairement suivi d'une intermittence assez courte pendant laquelle le malade reprend toutes ses occupations, et commence même à manifester une activité exubérante qui ne tarde pas à être suivie de l'explosion, souvent très rapide, de l'agitation et du délire le mieux caractérisé.

4° *Variété expansive.*

Nous arrivons enfin au mode de début le plus fréquent et le plus connu qui peut ou bien constituer le véritable commencement de la maladie, ou succéder aux variétés précédentes. Le malade, ordinairement actif, orgueilleux, entreprenant, avant sa maladie, comme nous l'avons dit précédemment, ou bien d'un caractère plus calme et plus régulier, manifeste assez rapidement une activité excessive qui se trahit, sous toutes les formes, dans ses actes et dans son langage. Son caractère se modifie ou s'exagère ; il devient plus actif dans sa profession, ou se livre parallèlement à de nouvelles occupations ; il est constamment en mouvement, dort peu, conçoit des projets encore réalisables jusqu'à un certain point et qui ne sont pas décidément absurdes, mais qui sont peu en rapport avec ses habitudes, sa profession ou sa fortune, et qui, dans tous les cas, sont audacieux et téméraires. Il s'abandonne à de nombreux excès alcooliques ou vénériens, et souvent à des actes singuliers et bizarres, quelquefois même dangereux ou criminels ; car c'est surtout dans cette variété que les paralytiques commettent des vols ou d'autres actes justiciables des tribunaux, qui deviennent souvent la cause de leur arrestation, et dont l'imprévoyance ou la singularité trahit d'une manière si remarquable la nature spéciale de leur maladie. Lorsque les malades sont arrivés à cet état de suractivité, conciliable encore jusqu'à un certain point avec la raison, et qui constitue ce qu'on peut appeler la *période prodromique*, l'explosion du délire caractérisé, évident pour tous, et même de l'agitation, ne tarde pas à survenir, et d'ordinaire très rapidement ; on voit souvent des malades, en proie à cette activité excessive, passer, dans l'espace d'une nuit ou de quelques heures, à l'agitation maniaque ou bien au délire de grandeur le plus multiple et le plus prononcé. C'est dans ces circons-

tances que l'on a pu croire quelquefois à l'invasion subite de la maladie, alors qu'une étude plus attentive des antécédents eût permis de retrouver, soit les perversions dans le caractère et dans les actes que nous venons de signaler, soit même l'existence antérieure d'un stade mélancolique très court, ayant précédé de quelque temps cette période prodromique d'activité.

Tels sont, en abrégé, les phénomènes variés que l'on constate ordinairement dans les antécédents des paralytiques, lorsqu'ils entrent dans les asiles d'aliénés. L'époque de cette admission est évidemment très variable, et ne peut servir de base à une distinction scientifique de période. Comme on n'observe en général convenablement ces malades, au double point de vue des phénomènes physiques et des phénomènes psychiques, qu'à partir de leur entrée dans les établissements, on a l'habitude de ranger parmi les prodromes les phénomènes que nous venons d'énumérer; ils mériteraient plutôt le nom de *première période*, puisqu'ils sont déjà réellement des symptômes de la maladie, et qu'ils peuvent du reste avoir une assez longue durée.

Après l'explosion manifeste du délire, les aliénés paralytiques, à la première période, peuvent se présenter à l'observation sous trois formes principales, que certains auteurs, Bayle entre autres, ont considérées comme des périodes successives de la maladie, et dans lesquelles d'autres ont vu un argument puissant contre l'admission d'une marche déterminée de cette affection : ce sont les formes dites *de monomanie*, *de manie* et *de démence*. Il n'est pas exact de dire, avec Bayle, que chez les paralytiques on voit d'abord survenir la monomanie, puis la manie et enfin la démence ; mais il n'est pas exact non plus d'affirmer, avec d'autres médecins, que tout soit irrégulier et individuel dans l'apparition de ces diverses manifestations délirantes, et qu'il soit impossible de tracer une marche type de cette maladie. Il est certain que chez quelques paralytiques, il y a prédominance de l'état de délire partiel ; chez d'autres, de l'état d'agitation maniaque, et chez d'autres enfin, dès le début, de l'état de démence ; mais ce ne sont là, à nos yeux, que des différences extérieures dans le degré du calme ou de l'agitation : le fond de l'état mental reste toujours à peu près le même au milieu de cette diversité de manifestations. D'ailleurs, s'il est un

certain nombre de paralytiques chez lesquels prédominent les symptômes du délire partiel, de la manie ou de la démence, pendant tout le cours de leur maladie, il n'en est pas moins vrai que ce ne sont là en général que des périodes, et que le même malade passe successivement, d'une manière irrégulière, par chacune d'elles. Tel paralytique, en effet, qui paraît d'abord simplement dément et calme, s'agite peu à peu ou subitement, pour revêtir les caractères du délire partiel actif ou de la manie, et pour tomber ensuite plus tard dans la démence ; tel autre, primitivement maniaque, se calme au point de prendre les apparences extérieures de l'aliéné partiel, et finit à son tour par arriver à la démence.

Le fait le plus remarquable dans la marche de cette maladie, au physique comme au moral, c'est la grande irrégularité qui existe dans l'apparition, la durée et l'intensité des différents phénomènes, chez les divers malades et chez le même individu. Peut-être une étude plus attentive fera-t-elle découvrir un jour quelques variétés de marche qui permettront de prévoir, dans un cas donné, par l'évolution des premières périodes de la maladie, celle des périodes ultérieures ; mais, dans l'état actuel de la science, cette prétention serait bientôt démentie par les faits. Ce qu'il y a de certain cependant, c'est qu'au milieu de cette variabilité individuelle si grande, dans l'époque et l'ordre d'apparition des divers phénomènes, il est possible de décrire une marche générale, applicable au plus grand nombre des cas. Cette maladie, en effet, a pour loi générale d'avoir une marche progressive dans son ensemble, quoique irrégulière dans ses détails. Elle passe ainsi, au physique, de la simple irrégularité dans la coordination des mouvements, à la faiblesse musculaire de plus en plus prononcée, sans arriver jamais cependant jusqu'à une paralysie complète. Elle passe, au moral, de la suractivité de l'intelligence à un degré de plus en plus marqué de débilité intellectuelle, présente dans son cours de fréquents accès d'agitation, et arrive enfin jusqu'à la démence. C'est en ce sens seulement que Bayle a pu dire, d'une manière non pas rigoureuse, mais approximative, que ces malades passaient de la monomanie à la manie, et de la manie à la démence.

En résumé, cette affection paraît soumise, dans sa marche, à deux lois, en apparence contradictoires : d'une part la progression géné-

rale dans l'intensité des symptômes physiques et moraux, et d'autre part, l'irrégularité dans le degré et l'ordre d'apparition des divers phénomènes.

Ces généralités une fois posées, entrons dans la description abrégée de la marche de cette espèce de maladie mentale. Pour faciliter cette description, nous serons souvent obligé d'envisager comme distinctes les trois variétés dont nous venons de parler, quoiqu'elles ne représentent le plus souvent que des périodes se succédant chez le même malade.

Ordinairement, après les débuts que nous avons décrits précédemment, l'aliéné paralytique se trouve dans un état extrême d'activité physique et morale qui, au moment de l'explosion évidente de la maladie, peut même revêtir les caractères de l'agitation maniaque. Souvent, en effet, lorsque ces aliénés entrent dans les asiles, peu de temps après l'invasion du délire, ils sont dans un état semi-maniaque, et viennent de se livrer à une foule d'actes désordonnés ; souvent ces actes sont en rapport avec leurs idées délirantes, mais souvent aussi ils résultent d'un simple besoin de mouvement : il leur arrive, par exemple, de se lever pendant la nuit et de se mettre à errer dans la campagne sans but aucun, et sans se rendre compte ni de l'endroit où ils se trouvent ni de celui où ils vont. Je n'ai pas à décrire ici avec détails l'état de l'intelligence de ces malades, à la période d'agitation semi-maniaque et de suractivité intellectuelle, puisqu'en décrivant tout à l'heure les caractères généraux du délire dans cette maladie, j'aurai surtout en vue cette période. Les malades vont et viennent en tous sens, ont un besoin continuel de mouvement ; leur intelligence, en état d'ébullition, enfante à chaque instant de nouveaux délires, plus absurdes et plus impossibles à réaliser les uns que les autres, qui ont presque toujours le cachet de la satisfaction et de la grandeur, et dont ils se hâtent de communiquer les détails à tout venant. Ils distribuent avec profusion des titres, des dignités et de la fortune à tous ceux qui les entourent, et racontent, avec l'accent de la conviction et de la vérité, les histoires les plus mensongères, comme s'ils en avaient été acteurs ou témoins. L'activité de leurs actes est en rapport avec la fécondité de leur intelligence; à chaque instant ils veulent entreprendre une nouvelle chose ou réaliser une nouvelle idée ; mais la faiblesse com-

mençante de leur intelligence et de leur volonté les empêche déjà de suivre logiquement les conséquences de leurs pensées. Le plus souvent, ces idées en l'air, qui circulent dans leur esprit, ne les poussent nullement à l'action, ou bien s'ils cherchent un instant à agir dans cette direction, le plus simple prétexte suffit pour les en détourner, et la ruse la plus grossière pour les tromper. Les paralytiques qui présentent cette forme expansive du délire restent pendant longtemps dans cet état ; ils offrent seulement, selon les moments, des degrés variables dans la netteté de leur intelligence et dans leur agitation ; on s'aperçoit néanmoins que leurs facultés s'affaiblissent de plus en plus, que les troubles de la motilité et l'embarras de la parole, souvent à peine sensible au début, se développent progessivement ; enfin on voit presque toujours survenir chez eux des paroxysmes d'agitation maniaque plus ou moins prononcés, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Indépendamment de cette forme expansive, qui est beaucoup la plus fréquente, le désordre de l'intelligence, chez les paralytiques, peut se manifester, dès le début, sous un aspect bien différent que nous désignerons sous le nom de *variété débile* ou *dépressive*, et que les auteurs ont coutume d'indiquer, en disant que quelquefois chez les aliénés paralytiques, on observe la démence dès le commencement de la maladie.

Certains paralytiques, en effet, bien loin de présenter l'activité extrême que nous venons de mentionner, offrent beaucoup des apparences extérieures des mélancoliques ; ils sont apathiques, restent volontiers immobiles, parlent peu, excepté quand on leur adresse la parole, ont une expression de physionomie indifférente et sans mobilité ; les traits, au lieu d'être concentrés vers la ligne médiane comme chez les mélancoliques, sont tombants, sans tension aucune, et leur face paraît tout à la fois élargie et aplatie. Ce facies spécial, assez analogue à celui de la paralysie faciale double, suffit souvent pour diagnotisquer à première vue un paralytique, avant même qu'il ait proféré une seule parole : il exprime l'insouciance et l'absence d'idées beaucoup plus qu'une préoccupation pénible. De temps en temps, on remarque quelques mouvements spasmodiques dans les muscles de la face, surtout dans ceux de la lèvre supérieure, mouvements qui deviennent plus marqués lorsque le malade

commence à parler. On observe aussi dans cette variété, plus souvent que dans les autres, une inégale dilatation des pupilles.

Aussitôt que l'on adresse la parole à ces malades, leur physionomie s'épanouit tout à coup, et leur sourire exprime en même temps une satisfaction générale et une grande faiblesse d'intelligence ; c'est ce qu'on appelle vulgairement un rire bête. Ce rire est en effet l'expression exacte de leur état intérieur : loin d'être péniblement préoccupés d'idées tristes, comme on aurait pu le croire au premier abord, ils sont dans un état d'indifférence absolue, plus souvent même de contentement vague et général ; lorsqu'on leur demande comment ils se trouvent, ils répondent qu'ils sont heureux, qu'ils ne désirent rien, qu'ils se sentent bien portants ; quelquefois ils manifestent le désir de s'en aller, mais sans pouvoir préciser l'endroit où ils veulent se rendre ; ils sont d'ailleurs très faciles à détourner de cette idée à laquelle ils ne songent plus un instant après ; quelquefois encore ils ont plus ou moins conscience de leur état de faiblesse musculaire et de la gêne de leur prononciation, mais presque toujours ils l'expliquent, d'une manière quelconque, par une circonstance accidentelle, et, d'ailleurs, ne s'en préoccupent nullement. Cet état de débilité intellectuelle et morale peut, chez certains malades et à certaines périodes, exister seul, sans idées délirantes déterminées ; mais c'est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement. Presque toujours, en interrogeant avec soin ces aliénés, on découvre souvent même assez facilement, plusieurs idées de satisfaction ou de grandeur qui ne les poussent pas à l'action, mais qui se perpétuent chez eux avec assez de persistance, et dont l'énoncé seul suffit pour illuminer subitement l'expression de leur physionomie, et pour donner à leurs idées et à leur langage une activité momentanée. C'est là ce qui arrive surtout chez les femmes, chez lesquelles cette variété paraît plus fréquente que chez les hommes, comme l'a déjà fait remarquer M. Baillarger ; on apprend alors de ces malades qu'elles ont chez elles de beaux vêtements, des robes de soie par exemple, beaucoup d'argent ou qu'elles vont épouser bientôt de grands personnages. En un mot, on retrouve chez ces aliénées des idées de grandeur ou de satisfaction, souvent moins gigantesques et moins multiples que dans les formes exaltées, mais qui ne laissent pas que d'être encore assez nombreuses. Ce qu'il y a de

plus remarquable, c'est que cette variété, qui quelquefois paraît exister pendant longtemps chez un même malade, n'est le plus souvent qu'une période de la maladie; lorsqu'on étudie attentivement la marche de l'affection chez ces aliénés, on découvre presque toujours que cet état de dépression ou d'affaissement a été précédé ou est suivi d'une période d'excitation plus ou moins prononcée, qui restitue à la marche générale de cette maladie le caractère d'unité qui semblerait détruit par l'existence de ces formes débiles. La plupart de ces malades rentrent ainsi dans la règle générale, et présentent plus tard les caractères habituels de la marche de cette affection.

Une troisième variété que nous devons encore signaler, mais qui n'est, en quelque sorte, qu'une anticipation de ce qu'éprouvent les paralytiques à la seconde période, c'est la *variété maniaque*. Certains paralytiques, en effet, après avoir subi, lors de l'invasion de la maladie, l'agitation maniaque dont nous avons parlé à propos de la première variété, au lieu de se calmer petit à petit, comme ces derniers, et de revêtir plus ou moins les apparences du délire partiel, restent maniaques, c'est-à-dire violents et agités pendant longtemps ; mais, chose remarquable, au milieu de ces caractères extérieurs de la manie, ils présentent le même fond de délire que les malades dits monomaniaques. Ce n'est donc pas là, à proprement parler, une variété tout à fait distincte ; ce n'est qu'une différence en plus dans le degré de l'agitation qui, même dans la variété dite monomaniaque, se produit souvent à divers degrés et à divers intervalles. Nous reviendrons sur les caractères particuliers de cette agitation maniaque en parlant des paroxysmes de manie qui existent chez presque tous les paralytiques, à la seconde ou à la troisième période, quelque variable qu'ait été la forme de la première.

Les indications précédentes suffisent pour montrer, d'une manière générale, quelle est la marche de la folie paralytique dans ses débuts et dans sa première période. J'ai peu insisté sur les *symptômes physiques*, parce qu'ils ont été l'objet d'une étude approfondie, principalement de la part de M. Baillarger (1), et de M. le Dr

(1) Baillarger, Leçons cliniques. *Annales médico-psychologiques*. T. VIII, 1846.

Lasègue (1). Ces caractères peuvent d'ailleurs se résumer en très peu de mots : céphalalgies fréquentes, surtout à la première période, siégeant principalement au sommet de la tête ; vertiges et étourdissements plus ou moins répétés, et à des degrés divers d'intensité ; quelquefois, attaques congestives de courte durée, avec perte plus ou moins complète de connaissance, et même, quoique plus rarement, attaques convulsives ou épileptiformes ; embarras spécial de la parole, d'abord à peine sensible, consistant plutôt en une sorte d'arrêt, de suspension ou d'effort, avant la prononciation de certains mots ou de certaines syllabes, qu'en un véritable bégaiement, variant d'ailleurs beaucoup d'intensité d'un moment à l'autre, pendant ces premières périodes (il peut même être intermittent, avoir existé à une époque et ne plus être sensible dans le moment où on observe le malade) ; tremblement plus ou moins manifeste des lèvres, de la langue, des membres supérieurs quand ils sont étendus, et même des membres inférieurs ; enfin, absence de coordination et de régularité dans les mouvements, dans la marche, dans la préhension des objets, le plus souvent sans véritable faiblesse musculaire, et même avec conservation d'une assez grande vigueur dans les mouvements qui procèdent par saccades plutôt qu'ils ne sont réellement affaiblis ; tels sont les principaux caractères physiques de cette maladie à sa première période.

A mesure qu'elle avance dans sa marche, mais très lentement et comme par secousses, on voit l'activité intellectuelle diminuer en même temps que les forces physiques. Il est difficile de déterminer des périodes dans une affection qui va graduellement en augmentant, et qui, cependant, malgré cette progression constante vers la démence et vers la paralysie, présente des inégalités très nombreuses dans l'intensité relative de ses divers symptômes, non seulement chez les différents individus, mais chez le même malade, souvent à quelques jours seulement d'intervalle. Cependant, comme certaines divisions, plus ou moins artificielles, sont indispensables pour donner une description générale de la marche de cette maladie, nous admettrons, avec les auteurs, une seconde période caractérisée par l'affaiblissement plus grand de l'intelligence,

(1) Lasègue, Thèse pour l'agrégation, 1853.

le développement plus manifeste des symptômes paralytiques, et surtout remarquable, en général, par la production d'un état d'agitation habituelle et de paroxysmes d'excitation maniaque. Cette agitation peut survenir à diverses périodes, mais elle est surtout caractéristique de la seconde.

Il existe chez les aliénés paralytiques deux espèces d'agitation bien distinctes; l'une qui est habituelle et que nous désignerons sous le nom d'*agitation silencieuse*, et l'autre, qui survient par accès d'une durée plus ou moins longue, et que nous appellerons l'*agitation bruyante*.

Les paralytiques, arrivés à la seconde période, présentent un état habituel d'*agitation automatique* bien spécial, sur les caractères duquel on n'a peut-être pas suffisamment insisté. Ils ont un besoin de mouvement incessant, ne peuvent rester en place, se remuent en tous sens, sans direction et sans but, parlent seuls à voix basse, remuent tous les objets qui se trouvent à leur portée, s'emparent machinalement de ce qui se trouve sous leur main pour le mettre dans leur poche ou pour s'en dessaisir aussitôt, avec aussi peu de motifs qu'ils en avaient eus pour s'en emparer; ils se livrent ainsi à une foule d'actes irréguliers sans suite et sans but, par simple besoin d'activité instinctive. Ils effilent ou déchirent leurs vêtements, se déshabillent à chaque instant, brisent ou frappent les objets qui les entourent, sans intention de détruire et sans se rendre compte du dégât qu'ils occasionnent. Cet état de mobilité désordonnée est très fréquent chez ces malades, et peut même servir à caractériser cette forme au milieu des autres espèces de la folie. Cette agitation existe du reste à des degrés très divers chez les différents individus, et même à divers moments chez le même malade; elle peut d'ailleurs se concilier avec des apparences extérieures de calme et de tranquillité.

Au milieu de cet état habituel d'agitation silencieuse, se produisent assez fréquemment de véritables *paroxysmes maniaques* avec agitation violente, qui souvent même semblent n'être qu'un surcroît d'intensité de l'état d'agitation ordinaire. En effet, ce qu'il y a de plus caractéristique pendant ces paroxysmes, et ce qui peut souvent servir à les distinguer d'autres espèces de la manie, c'est la prédominance des actes violents auxquels se livrent presque conti-

nuellement ces malades, et qui ne sont que l'exagération de ceux que nous venons de décrire. Ces aliénés brisent, frappent tout ce qui les entoure, ramassent tous les objets, sont dans un mouvement perpétuel aussi désordonné que possible, déchirent leurs vêtements, ont une tendance presque constante à se déshabiller, et de plus, poussent d'une manière très continue, surtout pendant la nuit, des vociférations et des cris perçants ou plaintifs dont la fréquence et la continuité sont très caractéristiques de cette forme de maladie mentale.

Indépendamment de ces deux états d'agitation, qui se partagent en quelque sorte la vie du paralytique à cette seconde période, nous n'avons pas à mentionner autre chose dans la marche de l'affection, à cette époque de son cours, que la progression plus ou moins manifeste et plus ou moins régulière de *l'affaiblissement musculaire et intellectuel*. Ici, d'ailleurs, comme dans les autres périodes, rien n'est plus inégal que l'intensité relative des divers symptômes d'un moment à l'autre, et rien n'est plus accidenté que la marche de ces divers phénomènes. On voit non seulement l'agitation ou l'affaiblissement intellectuel varier considérablement de degré d'une époque à une autre, mais on voit aussi les phénomènes paralytiques, très marqués dans certains moments, devenir difficilement appréciables dans d'autres, surtout pendant l'agitation. Celle-ci, en effet, selon la remarque judicieuse de M. Bayle, semble faire diminuer l'intensité des troubles musculaires, en même temps qu'elle donne à l'intelligence un surcroît momentané d'activité. Les rémissions dans les symptômes physiques et moraux, soit séparément, soit simultanément, sont donc la règle pendant le cours de cette période comme pendant toute la durée de la maladie, contrairement à l'opinion générale, qui semble la considérer comme constamment et régulièrement progressive, sans interruption d'aucune espèce. L'observation attentive et suivie de tous les faits prouve, au contraire, que c'est une maladie essentiellement rémittente et paroxystique, et que si elle reprend toujours en définitive sa marche constante vers la démence, la paralysie et la mort, cette marche progressive ne se fait pas sans secousses et sans soubresauts, et est caractérisée, au contraire, par une grande inégalité dans le degré et le mode de développement des divers symptômes.

Après ces réflexions générales, applicables à la marche de toutes les périodes de cette maladie, il convient maintenant de signaler un autre fait également relatif à l'évolution de cette affection, dont on retrouve des preuves dans les observations de tous les auteurs, mais sur lequel on n'a peut-être pas assez attiré l'attention ; nous voulons parler des *rémissions*.

Bayle a déjà rapporté plusieurs faits remarquables sous ce rapport, et on en trouve également des exemples dans les observations qu'il n'a pas rangées dans cette catégorie. D'autres auteurs ont aussi cité des cas de prétendues guérisons qui auraient été ensuite suivies de rechutes, ou qui même ne se seraient jamais démenties. Sans vouloir nier d'une manière absolue la possibilité d'une guérison réelle, alors que nous voyons un médecin aussi distingué que M. Ferrus en citer un exemple constaté pendant vingt-cinq ans, nous pensons que, dans la plupart des cas de ce genre, on a confondu la guérison avec les rémissions, plus fréquentes dans cette maladie qu'on n'est généralement disposé à le croire. Dans le service de mon père, à la Salpêtrière, j'ai vu plusieurs fois ces suspensions de la maladie, ou du moins des rémissions très notables, survenir à la suite de l'application du cautère actuel à la nuque ; malheureusement, au bout d'un temps plus ou moins long, il se produisait chez ces malades une rechute, après laquelle la maladie reprenait sa marche habituelle. M. Baillarger (1) a signalé également la disparition assez fréquente des phénomènes du délire dans le cours de cette affection ; mais il a soutenu que les symptômes paralytiques, et en particulier l'embarras de la parole, quoique très diminués, ne cessaient pas d'exister pendant cette suspension des phénomènes du délire, et témoignaient par leur présence de la persistance de la maladie.

Quant à nous, nous avons observé un certain nombre d'exemples de ce genre ; nous en avons vu un entre autres excessivement curieux, puisque la rémission a duré un an et demi ; nous citons ce fait à la fin de notre travail.

M. le Dr Coindet, de Genève, nous a rapporté également le fait très intéressant d'un aliéné paralytique chez lequel la maladie,

(1) Baillarger, Leçons cliniques. *Ann. médico-psych.* T. VIII, 1846.

après avoir été aussi caractérisée et aussi intense que possible, éprouva, pendant cinq mois, une suspension si complète, que ce médecin ne put constater qu'une seule fois, pendant ce temps, un très léger embarras de la parole, et encore était-ce vers la fin de la rémission ; quant à l'intelligence, elle n'avait pas recouvré son ancienne activité, mais tous les phénomènes du délire avaient disparu. Au bout de cinq mois, ce malade fut pris presque subitement d'attaques épileptiformes nombreuses qui, après un mois environ, déterminèrent sa mort.

Ces suspensions de la maladie, qui surviennent le plus souvent après la seconde période, ne sont pas tout à fait absolues, dans le sens rigoureux du mot. L'intelligence a presque toujours considérablement baissé de niveau, et il persiste quelques phénomènes de débilité musculaire, ainsi qu'un léger embarras de la parole, sensible surtout dans certains moments. La maladie laisse donc quelques traces, aussi bien dans le domaine de l'intelligence que dans celui des mouvements, contrairement à l'opinion de M. Baillarger ; mais, cette restriction une fois faite, on peut, sans inconvénient, donner à cet état, relativement rare, le nom d'*intermittence*, pour l'opposer plus nettement aux simples rémissions, plus ou moins complètes, qui sont au contraire très fréquentes dans le cours de cette maladie à toutes ses périodes. Cet état mérite, en effet, réellement le nom d'*intermittence*, tant est radicale la modification qui s'opère dans le physique et dans le moral de ces malades. On est vraiment frappé d'étonnement en voyant des aliénés, en proie depuis longtemps au délire des grandeurs le plus multiple et le plus incohérent, à l'agitation maniaque la plus violente, et à des phénomènes de débilité musculaire déjà très prononcés, revenir, comme par enchantement, à un état presque normal, reconnaître leurs erreurs, renoncer à toutes leurs idées délirantes, et recouvrer leurs forces musculaires. Un médecin exercé seul peut retrouver dans le tremblement léger des membres, des lèvres et de la parole, quelques traces de la maladie, qui se manifeste aussi par une diminution notable, mais sans trouble, dans l'étendue et la portée de l'intelligence, et souvent aussi par la faiblesse du caractère et de la volonté. Un résultat intéressant de l'observation clinique, c'est que lorsque la maladie se reproduit de nouveau après une intermittence de ce genre, elle revêt brusquement les caractères

les plus prononcés de la troisième période, souvent à la suite d'une ou plusieurs attaques, et marche alors très rapidement vers la mort.

Le passage de la seconde à la troisième période se fait, tantôt par les rémissions ou les intermittences dont nous venons de parler, tantôt par des attaques congestives ou convulsives, tantôt enfin, ce qui est le plus fréquent, d'une manière presque insensible et sans limites appréciables. Nous n'avons pas à entrer ici dans des détails relativement à cette troisième période, soit parce que nous n'avons à nous occuper que de sa marche, soit parce qu'elle a été très bien décrite par divers auteurs, et en particulier par Bayle et Calmeil. Sa durée est excessivement variable ; elle peut quelquefois se prolonger pendant très longtemps, chez certains malades ; cela a lieu principalement chez ceux appartenant à la variété débile, qui paraît avoir une plus longue durée que les autres. Le même résultat peut encore être obtenu par des précautions hygiéniques nombreuses dont on entoure les malades, et à l'aide desquelles on parvient à perpétuer souvent pendant longtemps leur vie toute végétative. Il y a peu de chose à dire sur les caractères psychiques propres à cette période, si ce n'est que l'intelligence très affaiblie est dans l'état que l'on a coutume de désigner sous le nom vague de *démence*. Il y a aussi souvent persistance d'un certain nombre d'idées de grandeur ou autres, provenant des périodes antérieures, ou du moins des mots qui servent à les exprimer, et que les malades répètent encore avec satisfaction et bonheur au milieu de la faiblesse incohérente dans laquelle ils sont plongés. Si l'on joint à ces symptômes intellectuels la disparition presque complète des affections et l'impuissance de la volonté ; si l'on ajoute que cet état habituel de démence calme est fréquemment interrompu par une agitation plus ou moins prononcée, renouvelée des périodes antérieures et participant des mêmes caractères, on aura, en quelques mots, un tableau très abrégé de l'état psychique de ces malades. Il mériterait certainement d'être distingué, par des caractères spéciaux, des divers états confondus avec lui sous le nom commun de démence, et appartenant à d'autres formes de maladies mentales ; mais cette observation détaillée est excessivement difficile, parce que le petit nombre des manifestations par les paroles ou par les actes ne permet guère de juger avec vérité de l'état intérieur réel de ces aliénés.

Les *symptômes physiques* de cette période méritent de nous arrêter plus longtemps. C'est alors que l'on commence à constater les véritables symptômes prononcés de la paralysie, qui cependant n'est jamais complète. Elle se manifeste par un embarras de parole assez marqué pour rendre le langage peu intelligible ; la marche est vacillante et difficile; il y a souvent inclinaison latérale du tronc; les bras ont perdu la faculté de soulever des fardeaux, et bientôt on est obligé de maintenir le malade constamment assis, par suite de l'impossibilité où il se trouve de se soutenir sur ses jambes; on est également contraint de lui ingérer les aliments, parce qu'il ne peut les porter lui-même à sa bouche ; il existe une incontinence des urines et des matières fécales qui, souvent même, date d'une période antérieure; enfin on finit par se trouver dans la nécessité de fixer le malade sur un fauteuil, ou même de le laisser toujours au lit, parce qu'il ne peut plus soutenir son corps dans la position verticale, même alors qu'il est assis. Un fait important à noter, c'est que, même à cette période ultime, les malades, contraints de rester constamment couchés, peuvent néanmoins toujours remuer leurs bras et leurs jambes dans leur lit, quoiqu'ils manquent de force et de précision dans les mouvements, caractère distinctif très essentiel entre cette paralysie et toutes les autres avec lesquelles on prétend la confondre.

D'autres phénomènes physiques, qui se produisent aussi quelquefois dans les périodes précédentes, appartiennent plus particulièrement à celle-ci : ce sont les contractures, les roideurs tétaniques, les tremblements, les spasmes de diverse nature, les grincements de dents, et surtout les *attaques apoplectiformes et épilectiformes*. Leur nombre et leur fréquence varient beaucoup selon les malades, et peut-être aussi selon les variétés de marche antérieure de la maladie ; mais elles sont assez fréquentes à cette période, surtout les attaques congestives, pour qu'on doive les considérer comme tout à fait caractéristiques de cette affection. Ces attaques varient beaucoup, soit relativement à l'époque de leur apparition, soit relativement à leur intensité et à leur durée. Les unes, qu'on peut appeler petites attaques, consistent dans un simple afflux du sang à la tête, sans perte de connaissance absolue, et sont suivies d'une simple aggravation, plus ou moins temporaire, dans les symptômes physiques et moraux de la

maladie ; elles se reproduisent assez fréquemment à divers intervalles, sont suivies pendant quelques jours d'un embarras plus grand de la parole, d'une faiblesse musculaire quelquefois telle, qu'on est obligé de laisser au lit les malades pendant quelques jours, et d'un affaiblissement si notable de l'intelligence, que ces aliénés comprennent à peine, pendant ce temps, les questions qui leur sont adressées. Les attaques plus intenses, qui seules méritent le nom d'apoplectiformes, accompagnées de perte de connaissance complète, mais momentanée, sont quelquefois suivies d'une impossibilité presque absolue de parler, et enfin d'une oblitération presque complète de l'intelligence. Mais ces phénomènes si graves sont en général de courte durée ; quelques jours après ces attaques, les malades sont ordinairement revenus à leur état antérieur, ou même à un état plus favorable, jusqu'à ce qu'un nouvel accès reproduise de nouveau les mêmes symptômes. Il en est absolument de même des attaques convulsives ou épileptiformes, dont le nom indique suffisamment les caractères, qui sont beaucoup plus rares que les attaques simplement congestives, et dont le pronostic est beaucoup plus grave ; ordinairement les malades ne vivent pas longtemps après la production d'une et surtout de plusieurs attaques convulsives, tandis qu'ils résistent beaucoup plus longtemps à de nombreuses attaques congestives.

Ce qui est surtout important à noter dans la marche de cette maladie à cette période, comme à toutes les périodes antérieures, c'est l'excessive inégalité qui existe dans l'intensité des divers phénomènes d'un moment à l'autre, et l'existence de rémissions assez nombreuses et vraiment très marquées, alternant avec des recrudescences et des paroxysmes excessivement prononcés. Tel malade qui, à la suite d'une attaque ou même sans attaque, est arrivé à un degré très avancé de la maladie, au physique et au moral, qui ne peut quitter le lit, dont la parole est très embarrassée, et dont l'intelligence est à peine susceptible de comprendre les plus simples questions, revient souvent au bout de quelques jours à un état d'amélioration relative tellement manifeste, qu'on le voit marcher seul sans aucun point d'appui, parler d'une manière très compréhensible, exprimer des idées analogues à celles qu'il avait avant l'aggravation excessive dont on vient d'être témoin ; en un mot, il semble revenu à une période antérieure de la maladie ; mais ordinairement cette

amélioration n'a pas une très longue durée, et l'on voit très souvent se reproduire, peu de temps après, des phénomènes aussi graves ou même plus graves que ceux qu'on avait observés. Nous avons même vu, chez plusieurs paralytiques, cette intermittence des symptômes graves se produire pendant quelque temps, de deux jours l'un, avec assez de régularité. En général, ce n'est qu'à la suite d'un certain nombre d'alternatives ou d'oscillations de ce genre, que le malade finit par tomber définitivement dans un état d'affaiblissement extrême dont il ne se relève plus, et qui n'a plus d'autre issue que la mort. Celle-ci survient de diverses manières, et souvent seulement après une grande prolongation de la dernière période. Les paralytiques meurent rarement par l'effet de leur maladie même, excepté quand ils succombent à la suite d'une ou de plusieurs attaques; le plus souvent, ils sont enlevés par des affections intercurrentes des autres organes, principalement par des pneumonies, souvent latentes, résultant probablement d'un long décubitus dorsal, par des diarrhées colliquatives durant quelquefois plusieurs mois, ou bien enfin, ce qui est très fréquent, ils succombent à la suite d'eschares très profondes et très étendues, provenant soit de la pression constante des parties du corps reposant sur le lit, soit du contact prolongé des déjections alvines et urinaires.

Je dois ajouter que plusieurs fois il m'est arrivé de constater chez ces malades une mort presque subite, survenant par exemple dans l'espace d'une nuit, sans qu'il fût possible de découvrir, à l'autopsie, aucune lésion appréciable qui pût rendre compte d'une mort aussi rapide ; mais on conçoit combien on doit apporter de réserves dans une assertion de cette nature.

Résumé des caractères spéciaux de la marche. — Après avoir décrit la marche de la folie paralytique, il nous reste maintenant à récapituler les faits principaux qui permettent de l'opposer à la marche des autres maladies, et principalement des autres formes de la folie. Je sais combien il y a d'inconvénient à envisager la folie, dans son ensemble, comme une unité morbide, sans tenir aucun compte des formes diverses qu'elle renferme, formes que l'on a encore si peu étudiées, surtout au point de vue de leur marche. Néanmoins la folie paralytique est tellement spéciale dans l'ensemble de ses symptômes et dans leur évolution, que, sans vouloir assimiler les unes aux autres les

diverses espèces de maladies mentales, il nous semble possible de les considérer d'une manière générale, dans les différences communes qu'elles présentent avec la folie paralytique.

On a cru résumer suffisamment la marche physique et morale de cette affection, en la représentant comme essentiellement continue et progressive. On a admis que les symptômes paralytiques, d'abord à peine perceptibles à la langue, augmentaient graduellement et très lentement d'intensité jusqu'au point d'envahir, au bout de deux à trois ans, toujours incomplètement il est vrai, toutes les parties du système musculaire ; on a retrouvé de plus, dans la marche des symptômes psychiques, la même gradation constante et progressive, qui s'étend depuis le délire partiel, qu'on n'a pas craint de décorer du nom de *monomanie*, jusqu'à l'affaiblissement intellectuel et moral de la démence la plus avancée. Nous avons cherché à montrer précédemment, en nous basant sur nos propres observations et sur celles des auteurs les plus estimés, que cette progression constante et régulière était loin d'être rigoureuse, et qu'il existait fréquemment dans cette affection, non-seulement des rémissions très marquées, mais même de véritables intermittences. Néanmoins, malgré cette variabilité dans les accidents de la maladie, elle reprend toujours son cours interrompu pour aboutir à la paralysie de plus en plus prononcée, à la démence et à la mort. Eh bien! comme nous l'avons déjà dit, nous croyons pouvoir trouver un caractère distinctif de la marche de cette affection dans l'association de ces deux faits, en apparence contradictoires : d'un côté, progression constante de la maladie dans son ensemble ; et de l'autre, grandes variations dans l'évolution et l'intensité de ces divers symptômes. La marche particulière de cette affection peut donc, selon nous, se résumer dans ces deux mots : *elle est progressive, mais très accidentée.*

Trois autres faits me semblent également importants à noter comme caractéristiques de la marche de cette maladie, ce sont :

1° Les *accès maniaques fréquents*, survenant irrégulièrement à diverses périodes de son cours ;

2° Les *attaques congestives et convulsives*, qui peuvent se produire à toutes les périodes, mais qui surviennent surtout à la fin ;

3° La *durée totale de la maladie*, qui, malgré des différences

tenant à des variétés de forme ou d'individus, se renferme toujours dans des limites moyennes assez uniformes.

Il est sans doute quelques cas de folie paralytique qui paraissent exempts *d'agitation* pendant tout leur cours ; néanmoins il faut, selon nous, se défier beaucoup de l'exactitude des observations où l'on représente ces malades comme ayant offert, pendant toute la durée de leur affection, la forme de débilité ou de démence ; cet état d'affaissement, de calme et d'affaiblissement intellectuel, est presque toujours une simple période de la maladie, qui survient soit pendant ces premiers temps, soit à la fin. Le plus souvent, en effet, on voit ces malades, qui paraissent, à leur entrée, dans un état de démence simple ou calme, s'exciter à un degré quelconque pendant leur séjour dans l'établissement, et lorsque cette agitation ne s'est pas montrée directement à l'observateur pendant ce temps, on apprend fréquemment des parents qu'elle a existé au début de la maladie, ou bien l'on constate sa production après leur sortie de l'asile. L'agitation, à des degrés divers, soit sous la forme de simple activité désordonnée et instinctive, soit sous celle de véritables paroxysmes maniaques, de durée et d'intensité variables, me paraît donc un élément presque constant, et par conséquent distinctif dans la marche de cette maladie. Sans doute il est des paralytiques chez lesquels cette agitation existe dès le début et se prolonge pendant très longtemps, tandis qu'il en est d'autres chez lesquels elle n'est qu'un incident plus rare dans le cours de leur affection; mais, en définitive, les accès d'agitation, alternant plus ou moins fréquemment avec un état de calme relatif, méritent de jouer un rôle principal dans la distinction à établir entre cette forme de maladie mentale et les autres espèces de la folie.

Quant aux *attaques congestives et convulsives*, leur importance différentielle est plus grande encore, et a été suffisamment signalée par tous les auteurs, pour que nous n'ayons pas à y insister ici. Elles existent plus ou moins intenses et plus ou moins répétées chez la plupart des malades, soit au début, soit surtout dans les dernières périodes de la maladie ; elles se produisent sous la forme de véritables attaques apoplectiformes, plus rarement épileptiformes, ou bien sous celle de congestions simples, suivie d'une aggravation momentanée des symptômes de paralysie ou de démence. Tous les

auteurs ont insisté sur la fréquence de ces attaques dans cette forme de maladies mentales ; mais ils ne me paraissent pas avoir suffisamment fait remarquer que les attaques de ce genre ne surviennent presque jamais dans aucune autre espèce de folie. Des attaques apoplectiques ou épileptiques ordinaires peuvent bien s'y produire, quoique très rarement, à titre de complication accidentelle ; mais ces attaques ne caractérisent aucune autre forme de maladie mentale en particulier ; il suffit, pour s'en convaincre, de séjourner un certain temps dans un asile d'aliénés. Entre autres preuves, je me bornerai ici à renvoyer au travail de M. Thore (1) qui signale lui-même que le plus grand nombre des aliénés chez lesquels on constate des convulsions sont des aliénés paralytiques ; il admet, il est vrai, quelques exceptions, mais il reconnaît qu'elles sont excessivement rares. Des réflexions de même nature pourraient être faites relativement aux attaques apoplectiques et congestives qui peuvent, à la rigueur, survenir accidentellement chez la plupart des aliénés, mais qui ne sont liées d'une manière caractéristique qu'avec la seule forme paralytique.

Enfin un dernier élément très important, qu'il ne faut pas négliger dans le résumé des caractères de la marche de la folie paralytique, c'est celui de la *durée moyenne* de cette maladie. Les autres formes de maladies mentales, en effet, guérissent dans un temps indéterminé, ou bien passent à la chronicité et se perpétuent indéfiniment pendant de longues années, sans que leur durée ait rien de limité : la folie paralytique, au contraire, se prolonge ordinairement pendant un ou deux ans au moins, le plus souvent pendant trois ans, quelquefois même pendant quatre ans, mais dure très rarement plus longtemps. On a bien prétendu avoir observé quelques cas de paralysie générale aiguë, mais nous verrons plus loin que ces faits sont loin d'être probants. Il est aussi quelques cas exceptionnels dans lesquels cette affection se perpétue pendant de longues années, mais ces faits de durée excessive sont loin de pouvoir être considérés comme appartenant tous à cette maladie d'une manière certaine ; d'ailleurs ce n'est pas un aussi petit nombre de faits qui

(1) Thore, *Maladies incidentes des aliénés.* (*Annales médico-psychologiques*, t. VIII, p. 360 et suiv.)

pourraient démentir une loi aussi généralement vraie et aussi unanimement acceptée. La folie paralytique est donc une forme déterminée de maladies mentales, bien distincte de toutes les autres, puisque l'on peut d'avance, dès son plus léger début, non seulement prévoir sa marche ultérieure et sa terminaison fatale, mais même déterminer sa durée moyenne, qui oscillera entre deux ou quatre ans et sera ordinairement de trois ans environ. Je sais bien que la plupart des auteurs, et en particulier Bayle et Calmeil, ont indiqué, pour cette maladie, une durée moyenne moins considérable; mais cette appréciation ne tient-elle pas à ce qu'en général ces auteurs ont fait dater la maladie, soit du moment où les phénomènes paralytiques commençaient à devenir très appréciables, soit de l'époque de l'entrée des malades dans les asiles, ou du moins d'une époque très voisine? Or non seulement ce n'est pas toujours là le moment exact de l'explosion évidente du délire, mais c'est loin d'être toujours celui du début réel de la maladie. On comprend, du reste, combien il est difficile d'apprécier avec exactitude la durée réelle de cette maladie lorsqu'on y fait rentrer la période dite des prodromes, qui doit cependant être considérée déjà comme une première période, et dont on peut rarement fixer exactement la durée, à l'aide des comptes rendus incomplets et peu éclairés des parents. Aussi peut-être une étude plus attentive de cette période amènera-t-elle plus tard à augmenter encore la durée moyenne de cette maladie, surtout si l'on tient compte des cas où elle débute sans délire évident, et dans lesquels la paralysie semble quelquefois exister, pendant un temps assez long, sans que le délire se manifeste d'une manière saillante. Quel que soit le chiffre qu'il convient d'adopter, il est certain et admis par tous que cette maladie a une durée moyenne susceptible d'être déterminée; or c'est là un argument des plus puissants en faveur de l'existence et de la spécialité de la forme paralytique de la folie.

CHAPITRE II

CARACTÈRES DU DÉLIRE DANS LA FOLIE PARALYTIQUE

On admet, en général, que le trouble des facultés intellectuelles peut revêtir, chez les aliénés paralytiques, trois formes principales : celles de la monomanie, de la manie et de la démence.

Si l'on se borne, en effet, à tenir compte des caractères extérieurs saillants à première vue, comme on le fait généralement aujourd'hui dans l'étude et la classification de la folie, il est certain que l'on retrouve chez les aliénés paralytiques, soit d'une manière continue, soit alternativement, chez le même malade, les caractères principaux attribués à ces trois formes principales de maladies mentales ; mais n'est-il pas possible, en pénétrant à travers ces manifestations extérieures différentes, de découvrir chez la plupart de ces aliénés un état psychique intérieur, identique au fond, sauf des différences de degré, qui permette de caractériser spécialement cette forme de folie et de la distinguer des autres espèces ?

Plusieurs auteurs ont fait quelques tentatives dans cette voie. La fréquence des idées orgueilleuses ainsi que la prédominance de la faiblesse intellectuelle, dès le début de la maladie, sont déjà deux faits importants acquis à la science et très propres à caractériser cette forme de maladie mentale. On a même été un peu plus loin encore : quelques auteurs, Bayle, entre autres, ont soutenu, non seulement la fréquence, mais l'existence presque constante des idées ambitieuses dans cette maladie ; de plus, on ne s'est pas borné à dire que l'intelligence de ces malades était généralement plus affaiblie que celle des autres aliénés partiels, on a cherché à spécifier davantage les caractères de cette faiblesse. Bayle, par exemple, s'exprime ainsi : « Ces malades font des projets qui ne manquent pas d'une certaine liaison, quoiqu'ils n'offrent jamais cette suite et cet ensemble qu'on remarque dans le délire partiel des monomanies ordinaires. »

Esquirol (1) se prononce d'une façon plus catégorique encore :

(1) Esquirol, *Des maladies mentales ;* Paris, 1838.

« Les maniaques et les monomaniaques, dit-il, n'ont, dans ce cas, ni la même énergie d'attention, ni la même force d'association des idées, ni la même ténacité de résolution, ni la même opiniâtreté de résistance. » Il ajoute, à propos d'une observation particulière, qu'il lui est arrivé de pronostiquer une paralysie générale chez un aliéné, parce qu'il suffisait de lui faire une promesse pour le calmer et pour le faire renoncer aux projets auxquels il paraissait le plus fortement tenir. Quelques pages auparavant, il avait déjà fait une réflexion analogue à propos d'un autre malade qu'il avait jugé paralytique, par suite de la trop grande facilité avec laquelle il avait consenti à son séjour dans une maison de santé.

Plusieurs autres auteurs ont exprimé la même pensée presque dans les mêmes termes. Mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans un historique détaillé à cet égard ; je dirai seulement que M. Baillarger a constaté le même fait de la manière suivante : « Les monomanes ordinaires diffèrent des monomanes paralytiques par leur opiniâtreté à soutenir leurs idées ; les monomanes paralytiques, au contraire, à cause de la perte de la mémoire, n'ont pas de suite dans les idées, ils font des erreurs grossières et se contredisent à chaque instant ».

Le Dr Ducheck, de Prague (1), s'est exprimé plus catégoriquement encore; mais là se borne à peu près ce que les auteurs ont dit à ce sujet.

Les *caractères spéciaux du délire paralytique* nous semblent mériter de bien plus longs développements. Ils nous paraissent importants à signaler avec détails, non seulement pour la description exacte de la maladie, mais surtout comme moyen pratique de diagnostic et de pronostic, qui peut souvent devenir pour le médecin aussi utile que l'embarras de la parole lui-même. Je suis loin certainement de nier l'importance extrême de ce dernier signe, mais je pense qu'il ne peut pas toujours suffire à lui seul, que dans certains cas ou certains moments, il peut faire défaut et être alors suppléé avantageusement par les signes tirés de l'étude détaillée des phénomènes psychiques, et que, dans tous les cas, il est des circonstances difficiles où la réunion de ces deux ordres de phénomènes est loin d'être superflue pour le diagnostic ou le pronostic de la paralysie générale.

(1) Ducheck, *Mémoire sur la démence avec paralysie.* (*Vierteljahrschrift für practisch Medicin ;* Prag, 1851.)

Pour tracer le tableau des caractères spéciaux du délire paralytique, nous devons faire abstraction des formes tout extérieures de délire partiel, de manie et de démence. Ces mots n'indiquent, selon nous, chez ces malades, que des prédominances de calme ou d'agitation, de raison ou de faiblesse intellectuelle ; ils ne représentent pas exactement leur état intérieur véritable qui nous paraît tenir le milieu entre ces trois formes, sans appartenir réellement à aucune d'elles. Chez eux, en effet, le délire partiel n'existe presque jamais sans un mélange d'agitation ou de faiblesse, et la manie ou la démence, sans idées délirantes prédominantes.

Le tableau que nous allons esquisser se rapportera donc à l'état intérieur de ces malades, sans acception des différences extérieures sur lesquelles on a l'habitude de fixer exclusivement l'attention ; cependant, nous aurons surtout en vue la variété dite monomaniaque, parce que c'est la plus fréquente, la plus intéressante et la plus utile à étudier.

Le meilleur moyen de faire connaître nettement ces caractères un peu complexes, nous paraît être de tracer successivement deux tableaux parallèles représentant l'un, les aliénés partiels ordinaires, aux diverses périodes de leur maladie, et l'autre, les aliénés paralytiques. Les différences nombreuses qui existent entre ces deux ordres de malades ressortiront ainsi naturellement de la comparaison entre ces deux tableaux.

Etat mental des délires partiels. — *L'aliéné partiel ordinaire* ne se présente pas toujours à l'observateur sous la même forme générale ; il faut donc commencer par faire un exposé rapide des phases par lesquelles il passe, avant de pouvoir l'opposer à l'aliéné paralytique. On a trop souvent conçu et décrit l'aliéné partiel comme un homme sain d'esprit, ayant dans sa tête une idée erronée, fixe ou prédominante. Rien de plus faux, en théorie ou en pratique, que cette manière de concevoir le délire partiel, et la monomanie en particulier ; mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des développements à cet égard. L'aliéné partiel doit être considéré comme présentant, dans l'évolution de sa maladie, trois phases bien distinctes. La première est celle d'*incubation* ou de *production des idées délirantes*. Le malade se trouve alors plongé, plus ou moins rapidement, par l'effet de sa maladie, dans un état vague d'anxiété, de dépression, de tristesse, de prostration phy-

sique et morale, de confusion, ou bien, au contraire, d'exaltation, de suractivité physique et intellectuelle, qui domine toute sa sensibilité et tout son être. Dans cet état, qui signale la période vraiment aiguë de la folie, des idées singulières et erronées, appelées et fomentées par l'état général maladif de l'intelligence et de la sensibilité, circulent dans son esprit, paraissent et disparaissent. Le malade caresse plusieurs d'entre elles avec prédilection, repousse mollement les autres ; il en est enfin quelques-unes qui s'imposent à lui avec plus ou moins de persistance ou de ténacité et dont il ne peut se débarrasser. Mais son esprit, péniblement affecté et confus, dans un état de trouble assez étendu, ne s'arrête à aucune, flotte indécis entre ces diverses pensées qui s'offrent à lui d'une manière si inattendue, et dont les unes ne sont nullement assimilables à son état intérieur, tandis que les autres semblent, au contraire, naturellement appelées par lui. Incertain et vaguement agité par un monde d'idées tout nouveau, et qui contraste singulièrement avec ses préoccupations antérieures, il passe de la crainte à l'étonnement, compare péniblement son état actuel à son état passé, s'en étonne et s'en afflige, a une demi-conscience de son état, manifeste souvent la crainte de devenir aliéné, et supplie de lui venir en aide pour sortir de la fâcheuse situation dans laquelle il se trouve. Constamment occupé de son observation intérieure, il rompt avec le monde extérieur, qui le blesse ou l'irrite, et avec lequel il ne se trouve plus en harmonie, par suite du changement complet qui s'est opéré en lui à son insu ; les séries d'idées nouvelles qui surgissent à chaque instant dans son esprit se reproduisent de plus en plus, s'imposent avec plus de force, le préoccupent plus impérieusement et commencent à le dominer plus tyranniquement. Tout ce qui se passe au dehors est interprété dans le sens de ces idées nouvelles et vagues ; une anxiété générale le porte à tout considérer comme conspirant contre son bonheur ou son repos ; ou bien, au contraire, un prisme favorable lui fait tout transformer, autour de lui, dans le sens de ses préoccupations ; mais il hésite encore dans l'interprétation qu'il doit donner pour se rendre compte à lui-même de cette métamorphose qui lui paraît s'être produite dans le monde extérieur, tandis qu'elle s'est effectuée en réalité dans son monde intérieur.

Les hypothèses, les explications se présentent et disparaissent,

nombreuses et variées, avant que son esprit se fixe à quelques-unes d'entre elles ; en un mot, il n'a pas encore trouvé la formule nécessaire pour donner un corps à la disposition psychique produite en lui par la maladie. Sa situation mentale pendant cette période représente le doute, le combat, la lutte ; c'est un état d'indécision vague dans lequel l'esprit hésite entre les idées les plus variées, sans se fixer à aucune. A la longue, plusieurs de ces idées entretenues de préférence par la disposition intérieure et modifiées selon le caractère antérieur, l'éducation et les habitudes du malade, selon les idées régnantes à l'époque sociale ou suivant des circonstances tout à fait individuelles, déterminent enfin son choix ; il adopte les formules d'idées délirantes qui sont le plus en rapport avec la nature spéciale de la maladie et avec ses idées ou ses habitudes antérieures. Alors l'aliéné peut bien encore être indécis, pendant longtemps, sur les divers développements de ces conceptions délirantes ; le travail de composition et de coordination de tout le roman de son délire reste encore à faire, et c'est là l'effet d'un temps souvent fort long ; mais un premier pas très important se trouve accompli dans l'évolution du délire. Après bien des hésitations, l'esprit s'est enfin arrêté à un certain nombre de points (car jamais il ne s'arrête à un seul), qui deviendront le centre, le point de départ et l'aboutissant principal de la plupart des idées qui circuleront dans la tête de l'aliéné pendant la seconde période. Dans cette période, que nous appellerons *période de systématisation*, le malade édifie autour de ces points fondamentaux auxquels il s'est arrêté tout l'échafaudage de ses idées délirantes ultérieures. C'est encore là une période aiguë, puisque l'esprit continue à être actif et dans un travail de composition continuel. Ce travail, pour ne plus porter exclusivement sur les bases mêmes du délire, n'en est pas moins considérable ; non seulement il roule sur les développements innombrables dont les idées premières sont susceptibles, mais il en modifie encore plusieurs points essentiels, et quelquefois même la nature intime. Il y a encore là une grande activité de composition qui suppose de l'acuité dans la maladie et qui prouve qu'elle n'est pas arrivée à un degré complet de développement où elle doive rester stationnaire, à la période d'état, ou bien passer à la chronicité ou à la guérison.

Pendant cette période de systématisation du délire, l'aliéné partiel en combine avec art tous les éléments ; il prévoit beaucoup d'objections et se fait à lui-même des réponses dans le but de concilier ses idées nouvelles avec ses idées anciennes, ainsi qu'avec sa situation actuelle et avec tout ce qui l'entoure ; il explique, il justifie certaines contradictions qui le frappent ; il se livre, en un mot, à un travail logique de coordination, qui est instinctif chez l'aliéné comme chez l'homme raisonnable, pour rendre ses combinaisons maladives plausibles à ses propres yeux et, jusqu'à un certain point, aux yeux des autres hommes. Sans doute son délire est loin d'être constitué uniquement, comme on se l'imagine souvent à tort, par une simple idée fausse implantée dans une intelligence d'ailleurs saine en tous points. Il ne serait pas aliéné, si une logique rigoureuse présidait à toutes ses combinaisons, s'il prévoyait toutes les objections, évitait toutes les contradictions, conciliait avec le monde réel toutes les inventions de son monde imaginaire : son édifice pèche certainement par bien des points et le plus souvent même par la base. Il admet facilement et sans contrôle des données absurdes, qu'un peu de bon sens suffirait pour repousser et détruire. Son délire présente souvent de singuliers contrastes de logique dans certains points, et d'absurdité et d'inconséquence dans d'autres. Les délires les plus restreints, quoi qu'on en dise, pullulent même de ces inconséquences et de ces contradictions qu'un soufile de la raison pourrait faire disparaître. Il ne faudrait donc pas, d'après les indications précédentes, exagérer les traits du tableau et, de ce qu'on voit les aliénés systématiser leur délire, en conclure qu'on doit les assimiler en quelque sorte à des hommes de génie qui coordonnent avec art et réflexion toutes les parties de leurs conceptions de manière à en faire un tout homogène et harmonique. Telle n'est certainement pas ma pensée ; je cherche seulement à faire comprendre par ces indications générales, nécessairement un peu vagues (puisque je ne puis ici citer des exemples à l'appui), en quoi consiste le travail intérieur qui s'opère chez l'aliéné partiel pour la formation lente et progressive de ses idées délirantes ; je veux montrer qu'il n'admet pas indistinctement toutes les idées fausses qui peuvent se présenter à son esprit, qu'il est obligé de les passer au crible de ses réflexions et de sa nature maladive, de les rendre assimilables au monde intérieur

d'idées qu'il a déjà ; qu'en un mot, il éprouve, comme tous les hommes, le besoin de rendre ses idées délirantes plausibles à ses propres yeux et aux yeux des autres hommes, qu'il prévoit des objections, sent des contradictions et cherche d'avance les moyens de concilier ces idées nouvelles, ainsi que leurs détails, avec son passé, son présent et son avenir ; qu'il se livre, en un mot, à un travail complexe de coordination, dans le but d'harmoniser, autant que possible, entre elles toutes les parties de son délire. De là ces raisonnements, ces discussions, ces luttes incessantes qu'il livre avec lui-même et avec le premier venu sur le terrain de ses conceptions maladives, qu'il défend avec fermeté et opiniâtreté, sans jamais reculer ni faiblir, parce qu'il a d'avance préparé des réponses ou des explications, bonnes ou mauvaises, pour se satisfaire lui-même ou les autres, relativement aux objections qu'on pourrait lui adresser. On doit même remarquer que *son siège étant fait*, il ne tient plus aucun compte et n'est plus nullement frappé de la valeur des objections qu'on lui adresse et qu'il n'a pas prévues ; il s'est livré intérieurement à tout le travail de conciliation dont il est susceptible, et comme son esprit est arrêté sur tous les points de son délire, les objections nouvelles qu'on peut lui faire l'effleurent à peine et ne peuvent nullement l'ébranler. De là, pour le dire en passant, l'inutilité aujourd'hui si généralement reconnue du raisonnement pour modifier les idées délirantes des aliénés.

La maladie, une fois arrivée à ce degré de systématisation assez complète des idées délirantes, que l'on peut appeler la période d'état, reste ordinairement longtemps stationnaire ; car cette affection est si chronique, que c'est le plus souvent par années qu'il faut compter les modifications qui peuvent s'opérer dans son évolution. L'aliéné, une fois bien fixé dans la coordination générale de son système d'idées maladives, continue encore pendant assez longtemps à le compléter, à y ajouter des détails et des accessoires ; mais, en général, son édifice est solidement assis, et les additions qu'il y fait n'en modifient que faiblement le caractère et la structure. L'esprit a encore un certain degré d'activité, et de nouveaux compléments viennent de temps en temps couronner ou même corriger l'œuvre générale ; mais elle reste inébranlable sur ses bases, et ces idées nouvelles, qui viennent se grouper autour de l'ensemble d'idées coor-

données, ajoutent en réalité très peu à leur nature première et à leur étendue. Enfin il arrive un moment, et c'est là la *période essentiellement chronique de l'aliénation mentale*, où ce travail d'additions de détails cesse lui-même de se faire, et où l'esprit, au repos et inactif, cesse même de modifier les idées délirantes ; celles-ci deviennent pour ainsi dire *stéréotypées*. Le malade répète alors à tout venant, avec les mêmes mots, les mêmes gestes et les mêmes inflexions de voix, les mêmes idées et les mêmes sentiments. Souvent, dans l'espace de plusieurs années (car cet état se perpétue presque toujours indéfiniment, sans jamais passer à une véritable démence), on ne voit plus se produire la moindre modification, ni dans l'ensemble ni dans les détails de la systématisation délirante. L'aliéné est parfaitement décidé sur tous les points de son délire ; rien ne peut en changer ni la nature ni même l'expression et la formule ; mais alors encore, toujours ferme sur le terrain de ses idées maladives, il les soutient avec conviction, les défend avec ténacité et opiniâtreté, quoique avec moins d'activité que dans les périodes antérieures, ne se laisse pas imposer la première pensée qui se présente ; en un mot, il continue à ne pas admettre indistinctement toutes les idées qui peuvent surgir dans son esprit ou qu'on peut lui fournir.

Etat mental des aliénés paralytiques. — Telle est la description de l'état intellectuel des aliénés ordinaires, aux diverses périodes de leur maladie : opposons le maintenant à celui des aliénés paralytiques, qui est précisément inverse. Il semble, en effet, que ces malades aient cessé de relier, dans une même unité, les diverses parties de leur personnalité, et de coordonner les idées qui surgissent dans leur esprit. Tout est chez eux comme à l'abandon : les idées fausses se produisent et se remplacent, sans qu'ils soient révoltés par les contradictions qu'elles présentent, et sans qu'ils éprouvent le besoin de les concilier entre elles. Le travail logique qui se fait instinctivement dans toute tête humaine, et même chez les aliénés partiels ordinaires, aussitôt qu'une idée nouvelle apparaît dans l'esprit, pour la mettre en rapport avec les autres idées du malade, avec sa situation actuelle, son passé et son avenir, pour l'étayer de preuves et la rendre acceptable pour lui-même et pour les autres, ne se fait que très incomplètement ou semble même ne pas se faire

du tout chez l'aliéné paralytique. Il raconte parallèlement, comme deux vies distinctes, sa vie réelle, que la mémoire lui rappelle encore, et sa vie imaginaire, enfantée par le délire, sans sentir la nécessité de les mettre en rapport, de les relier entre elles, et sans chercher des explications pour se rendre compte de la métamorphose complète qu'il constate sans étonnement et qu'il n'éprouve pas le besoin d'expliquer. La sphère de l'intelligence de ces malades est d'ailleurs très restreinte et la portée en est limitée, alors même que cette faiblesse radicale se trouve masquée, comme cela arrive souvent au début, par une grande activité et une grande fécondité d'idées. Les facultés de production sont souvent conservées, quelquefois même exagérées au début, mais les facultés de combinaison et de coordination sont profondément atteintes, alors même que les malades paraissent jouir d'une grande puissance intellectuelle. La sensibilité et la volonté subissent des altérations correspondantes à celles de l'intelligence. Les malades, tout en conservant quelques sentiments affectueux, ordinairement même un caractère doux et bienveillant, mais de temps en temps irritable et colère, perdent beaucoup de l'activité de leurs sentiments. Ils deviennent insouciants et indifférents pour ce qu'ils avaient de plus cher : malgré le sentiment de bien-être et de satisfaction habituel chez eux, et malgré l'absence de tout sentiment de maladie, ils ne semblent pas prendre part à ce qui les entoure, et ne paraissent s'intéresser à personne. La volonté se ressent également de cet affaiblissement général des facultés. Quoique ces malades paraissent souvent, surtout dans les premiers temps de leur maladie, violents et presque indomptables, on les conduit ordinairement comme des enfants avec la plus grande facilité, et le plus simple prétexte ou la ruse la plus grossière suffisent pour les détourner d'un acte qu'ils étaient décidés à réaliser. Leur conduite est en rapport avec cette diminution d'énergie de l'intelligence et de la volonté. Tout entiers à l'impression actuelle, ils ont rompu complètement avec leur passé, sont d'une indifférence presque absolue relativement à leur situation présente, et sans souci aucun de l'avenir; ils vivent au jour le jour, victimes et jouets de ceux qui les entourent, et ne combinent pas plus leur conduite et leurs actes en vue d'un but déterminé, qu'ils ne combinent et ne coordonnent leurs idées.

Ils ont ordinairement une assez grande activité ; mais ils sont rarement susceptibles de poursuivre, pendant un certain temps, un but avec persévérance, même dans la direction de leurs idées prédominales. Ils se livrent, il est vrai, quelquefois, au début de leur affection, à des actes qui demandent une certaine suite dans les idées, comme, par exemple, à des spéculations, à des entreprises, à des voyages ; mais encore faut-il que le but soit peu éloigné et puisse être rapidement atteint, car ils ne seraient pas capables de persister longtemps dans une même voie ; à plus forte raison, sont-ils incapables plus tard d'esprit de suite et de persévérance dans la poursuite d'un but déterminé. En résumé, ils ont un besoin considérable d'activité et de mouvement ; mais il est plus automatique que volontaire, et ne peut être que temporairement dirigé vers un but précis. Ils ne tirent jamais aucune conséquence des faits qui se passent autour d'eux, et sont en quelque sorte privés de cette réflexion sur soi-même qui permet à l'homme de se rendre compte de sa situation et de relier le passé à l'avenir.

Après ces généralités sur l'état de l'intelligence, de la sensibilité, de la volonté et des actes, chez les aliénés paralytiques, considérés d'une manière générale, il importe d'entrer davantage sur le terrain de la pratique, en spécifiant, avec quelques détails, la nature des idées qui surgissent dans leur esprit et qui se manifestent chez eux par la parole. Les caractères principaux de ces idées délirantes découlent naturellement des caractères généraux que nous venons d'énumérer ; mais, dans un sujet aussi complexe et aussi important à préciser nettement en vue de l'application pratique, on ne doit pas redouter les développements nécessaires pour bien faire comprendre la portée de ces caractères, au risque même de s'exposer à quelques répétitions. Avant de parler des idées de grandeur et de satisfaction qui sont le plus souvent prédominantes, nous devons énumérer les caractères communs à toutes les idées délirantes qui surviennent chez ces malades. Nous croyons pouvoir les résumer en disant que les idées délirantes des paralytiques sont *multiples*, *mobiles*, *non motivées* et *contradictoires entre elles*.

Ces idées sont *multiples*, très nombreuses, souvent même presque innombrables. Il existe, il est vrai, sous ce rapport, d'assez grandes différences selon les individus et selon la forme de la

maladie ; mais le nombre des idées délirantes est toujours beaucoup plus grand chez eux que chez la plupart des autres aliénés partiels. Ces malades ont ordinairement une grande fécondité d'imagination, une aptitude singulière à créer de nouveaux délires ou à modifier ceux qu'ils ont déjà. Cette multiplicité d'idées est si considérable, que le plus souvent le même malade épuise en peu de temps la série des conceptions délirantes qui suffiraient à défrayer le délire d'un grand nombre d'autres aliénés. Ainsi le même malade se croit à la fois un chanteur émérite, un grand poète, possède des richesses nombreuses, veut faire des entreprises de diverses natures, se marier avec une princesse, bâtir un château, entreprendre un voyage, être en même temps empereur et roi, etc. L'aptitude intellectuelle qu'ils possèdent pour créer sans cesse de nouveaux délires et inventer à chaque instant de nouveaux détails, pour compléter ceux qu'ils ont déjà, est si prononcée chez eux, qu'ils racontent constamment avec l'accent de la vérité et de la conviction une foule d'histoires qu'ils donnent pour des réalités, dont ils auraient été témoins, et qui ne sont que des mensonges évidents ou de pures inventions de leur esprit.

Leur disposition à l'invention est si grande et leur conviction du moment paraît si entière, que souvent, lorsque les choses qu'ils racontent ne sont pas absurdes *a priori*, et ne paraissent pas absolument impossibles dans la position où se trouvent les malades, on est obligé d'avoir recours à des renseignements étrangers pour pouvoir faire, dans leurs récits, la part de la vérité et du mensonge. Cette tendance ne se manifeste pas seulement dans le passé par des récits mensongers multipliés; elle se trahit également dans l'avenir par une foule de projets en l'air que le malade se plaît à communiquer à tout venant, projets variables d'un jour à l'autre, souvent oubliés peu de temps après avoir été conçus, et qui n'ont de commun entre eux que le cachet uniforme que leur imprime la direction générale, le plus souvent ambitieuse, de leur intelligence.

Non seulement les idées délirantes sont nombreuses, avons-nous dit, mais elles sont *mobiles*, variables et changeantes. Ce second caractère découle en partie du précédent, mais il mérite de nous arrêter un instant. Ces idées sont mobiles, d'un moment à l'autre, dans leur ensemble et dans leurs détails. Néanmoins il faut faire à

cet égard une distinction importante : il existe chez les paralytiques un certain nombre d'idées prédominantes qui paraissent à un observateur superficiel assez fixes pour faire croire à une persistance aussi grande des conceptions délirantes que chez les autres aliénés. Mais ces idées elles-mêmes, qui peuvent durer pendant plusieurs mois, sont loin d'être constantes chez le même malade; elles sont souvent remplacées, pendant le cours de la maladie, par plusieurs autres idées ayant ce même caractère de durée limitée; c'est ainsi que l'on voit souvent le même paralytique, qui se croyait d'abord tel ou tel personnage, changer plusieurs fois de rôle pendant la durée de sa maladie. Du reste, quand nous disons que les idées des paralytiques sont mobiles et changeantes, nous n'avons pas principalement en vue ces idées prédominantes sur lesquelles on a appelé trop exclusivement l'attention, et qui d'ailleurs n'ont pas la fixité qu'on leur a attribuées ; nous voulons surtout parler des idées flottantes, sortes de délires accidentels, qui circulent à chaque instant dans la tête des paralytiques et s'y remplacent sans se heurter, idées qui germent spontanément, disparaissent de même; tableaux mouvants de conceptions délirantes qui défilent successivement dans l'esprit des malades, sans presque laisser de traces de leur passage. Ces délires accessoires, qui viennent se grouper autour des délires principaux, naissent spontanément et se modifient à chaque instant, soit dans leur ensemble, soit dans leurs détails, selon les circonstances et souvent aussi selon les besoins de la conversation.

Un autre caractère, plus difficile à formuler, réside dans la nature même des idées délirantes habituelles chez ces malades; elles ont presque toutes en effet un caractère *absurde*, inconsistant, bizarre, inconcevable, qui leur donne un cachet tout particulier, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. Ces idées sans base, sans consistance, ces projets en l'air, semblent surgir spontanément dans l'esprit de ces malades; il les énoncent immédiatement après les avoir conçus. Alors même que ces idées sont très extraordinaires, elles sont acceptées par eux sans contrôle et sans preuves, par cela seul qu'elles se sont produites dans leur esprit. Ce sont de véritables conceptions délirantes, dans l'acception rigoureuse du mot, qui surviennent sans être amenées ou motivées par rien. D'ailleurs non seu-

lement ces aliénés acceptent sans contrôle les idées qui leur viennent en tête, mais ils sont d'une crédulité extrême, et vont même souvent jusqu'à dire ce qu'on veut leur faire dire. Quant aux projets qu'ils conçoivent également sans motifs, ils les considèrent comme réalisables ou même comme réalisés, sans avoir réfléchi à leur possibilité, aux moyens de les accomplir, aux obstacles qu'ils rencontreraient, ou sans se rendre compte des procédés qu'ils auraient employés pour les réaliser.

Enfin ces idées, non motivées et non justifiées isolément, sont de plus *contradictoires* les unes avec les autres, sans que le plus souvent les malades cherchent des moyens d'explication, de conciliation ou de coordination entre elles. A chaque instant, ces aliénés racontent de petits romans mal coordonnés, et composés de faits isolés et contradictoires entre eux ; en un mot, les idées délirantes qu'ils émettent parallèlement portent toutes le cachet de la contradiction la plus évidente.

Ils disent être à la fois plusieurs personnages différents, habiter dans le même moment des localités différentes, et s'attribuent des qualités, des dignités et des titres, qui ne peuvent exister simultanément chez la même personne. Si l'on demande, par exemple, à un paralytique, d'où lui vient tel ou tel titre, telle ou telle fortune qu'il prétend avoir, le plus souvent il ne peut en donner aucune explication plausible, et d'ailleurs il se préoccupe très peu de cette explication : lorsqu'on lui pose cette question ou d'autres analogues, il n'hésite pas à répondre immédiatement, car les réponses ne l'embarrassent jamais ; mais il donne la première réponse qui lui vient en tête : il dit, par exemple, que cela lui est venu tout à coup, au moment où il s'en doutait le moins, qu'on le lui a dit ; d'ailleurs, le plus souvent, il ne s'inquiète nullement de savoir quelle en est l'origine. Quelquefois encore il va un peu plus loin, et tente une explication du moment, qu'il changera un instant après, si on lui pose de nouveau la même question: il dit, par exemple qu'il vient de faire un héritage, mais il ne peut expliquer ni de qui lui vient cet héritage, ni comment il lui est parvenu. Ou bien, s'il remonte encore un peu plus haut dans ses explications, il ne tarde pas à s'arrêter aussitôt qu'il rencontre un obstacle insurmontable pour lui ; il dira, par exemple, qu'il a reçu 5,000 francs (ce qui peut être vrai), et de

ce chiffre admissible, il passera, sans transition, et sans paraître s'apercevoir de l'espace immense qu'il franchit, aux chiffres élevés et prodigieux dont il parle habituellement, aux millions, par exemple. En résumé, il peut exister chez ces malades, surtout au début, quelques tentatives d'explication ou de conciliation de leurs idées délirantes; mais le plus souvent, elles sont excessivement incomplètes et imparfaites. Le motif le plus insignifiant suffit pour les satisfaire, et ils se contentent de la plus mauvaise raison. En général d'ailleurs, ils ne cherchent ces explications que quand on leur fait une objection ou quand on leur signale une contradiction ; la réponse qu'ils font alors est le plus souvent toute de circonstance, fournie par la première idée qui surgit dans leur esprit au moment même, ou bien provoquée par la manière dont l'interlocuteur a posé la question : il arrive ainsi que l'explication qu'ils donnent d'un fait dans un moment n'est plus la même que celle qu'ils ont donnée du même fait dans un autre moment. En un mot, ils ne semblent s'inquiéter ni de la vérité ni de la possibilité des faits qu'ils racontent ; les idées qu'ils énoncent sont de pures assertions qui surgissent spontanément dans leur esprit, qu'ils répètent souvent les mêmes, parce qu'elles s'y reproduisent plus fréquemment, mais qu'ils ne sentent presque jamais le besoin de motiver, de concilier entre elles, ou de comparer avec la réalité.

Ce tableau général de l'état de l'intelligence et des caractères des idées délirantes chez les aliénés paralytiques, opposé à celui des autres aliénés, suffirait déjà, selon nous, pour caractériser cette forme de maladie mentale, au milieu de toutes les autres ; néanmoins nous ne pouvons pas terminer ce chapitre sans parler du caractère de satisfaction et de grandeur que revêtent le plus souvent les idées prédominantes de ces malades. La constance de ces idées a pu être justement contestée ; mais leur fréquence est telle, que plusieurs auteurs les ont considérées avec raison comme un des meilleurs signes distinctifs de cette affection. Néanmoins, tant qu'on se borne au terme général d'*idées ambitieuses*, d'*idées orgueilleuses*, alors même que pour en étendre encore la sphère, on emploie l'expression plus exacte d'*idée de satisfaction*, ce signe ne peut avoir la valeur différentielle qu'il mérite réellement. Il ne suffit pas de dire, en effet, qu'il y a souvent dans la paralysie générale prédominance d'idées

orgueilleuses, puisqu'il existe des mégalomanes qui ne sont pas paralytiques, et que l'on observe d'ailleurs des idées d'orgueil dans d'autres formes d'aliénation. Ce qu'il importe surtout de signaler, ce sont les caractères spéciaux de ces idées de grandeur, par opposition aux idées ambitieuses des autres aliénés. Les caractères des idées délirantes que nous avons énumérés précédemment, et qui s'appliquent aux idées de grandeur, comme à toutes les autres, nous semblent constituer le véritable criterium qui permet de les distinguer des idées orgueilleuses survenant accessoirement ou d'une manière prédominante dans les autres formes de maladies mentales.

Néanmoins quelques développements nous paraissent encore indispensables à cet égard, à cause de l'importance du sujet. On rencontre, dans la plupart des asiles d'aliénés, un certain nombre de malades dont le délire prédominant est constitué par des idées orgueilleuses. Ces aliénés sont ordinairement dans l'établissement depuis de longues années, ne sont nullement paralytiques, et ne le deviendront jamais. Le nombre en est, il est vrai, beaucoup plus restreint qu'on ne le croirait au premier abord, d'après la prédominance si grande de la passion de l'orgueil chez l'homme sain ; mais la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales en ont cité quelques exemples. Ces aliénés partiels semblent faire exception à la règle générale d'après laquelle la conduite ordinaire des aliénés est en désaccord complet avec leurs idées délirantes. Ils ont en général le port majestueux, le regard hautain, le geste impérieux, en un mot, les attributs extérieurs de leur rôle ; ils conservent, dans leur maintien, une dignité en rapport avec leur dignité imaginaire. Ils cherchent à imposer à ceux qui les entourent, et prennent réellement au sérieux le rôle éminent qu'ils se croient appelés à jouer. Réformateurs politiques et surtout religieux, prophètes d'un avenir meilleur pour l'humanité, apôtres d'une religion nouvelle qu'ils viennent prêcher à l'espèce humaine, fondateurs d'une nouvelle dynastie ou d'un nouvel empire, ils attendent avec patience, quelquefois avec irritation, le moment où doit commencer leur mission. En attendant, ils s'y préparent par des lectures, des réflexions, des écrits, qui doivent illuminer le monde et réformer la société. Ils gardent souvent un silence majestueux, pour ne pas prostituer leurs idées ou leur mission, par un contact impur avec des hommes incapables de les

comprendre ; inspirés de Dieu, en conversation mystique avec des anges ou des génies, ils vivent ordinairement dans un monde imaginaire, peuplé de visions ou d'êtres mystérieux et invisibles, et ce monde, dans lequel ils se plongent souvent avec délices dans des communications extatiques, est trop élevé pour qu'ils daignent en descendre souvent pour entrer en relation avec de simples mortels.

Cependant, malgré cette réserve et ce silence qu'ils prétendent souvent s'imposer, par respect pour leur dignité imaginaire, ils restent toujours aliénés, et, comme tels, ils éprouvent fréquemment le besoin de faire part de leurs idées, de leurs projets, de leurs réformes, des principes de leur religion ou de leur philosophie ; ils ne peuvent résister au désir de communiquer leurs vastes conceptions, leurs projets sublimes, leurs réformes profondes ; aussi aiment-ils à s'entretenir de leurs préoccupations habituelles avec certains individus privilégiés qu'ils choisissent comme plus capables de les comprendre ; ils passent également de longues heures à mettre par écrit leurs projets ou leurs conceptions, ou bien des proclamations, des protestations, et des lettres pour se plaindre aux souverains actuels de la persécution dont ils se croient les victimes. et qui les empêche de produire au grand jour le fruit de leurs méditations, de leurs veilles, ou bien encore d'un don ou d'une inspiration particulière de la Providence. Eh bien, ces aliénés partiels orgueilleux, comme nous l'avons dit précédemment pour tous les aliénés partiels en général, ont systématisé leur délire. Ils ont sans doute un certain nombre d'idées délirantes ; ils ne sont pas monomaniaques, tant s'en faut, dans le sens rigoureux du mot. Ils ont un ensemble d'idées fausses, politiques, religieuses, ou autres, coordonnées d'une certaine façon, expliquées et interprétées d'une manière quelconque, par suite du travail prolongé de composition auquel s'est livrée, pendant plusieurs années, leur intelligence malade. C'est ce système général de délire qu'ils exposent, souvent avec lucidité, qu'ils ruminent sans cesse, et dont ils tirent, soit de vive voix, soit par écrit, une foule de conséquences en rapport avec ces idées premières. Ils sont bien loin, sans doute, d'être, dans leur conduite, aussi conséquents avec leurs idées délirantes qu'ils semblent l'être en théorie, et lorsqu'on se borne à les entendre parler.

Par cela même qu'ils sont aliénés, ils présentent beaucoup plus d'inconséquences et de contrastes qu'on ne le croirait au premier abord, et que leur langage même ne permettrait de le supposer ; mais leurs idées sont parfaitement arrêtées dans leurs bases principales ; ils les exposent toujours à peu près de la même façon, avec quelques détails en plus ou en moins, selon les périodes, mais avec les mêmes données fondamentales ; ils sont, en un mot, bien éloignés de changer d'idées à chaque instant au gré du hasard ou selon la volonté de chaque interlocuteur ; ils sont fermes et solides sur leurs principes, les soutiennent avec opiniâtreté et conviction, et cherchent même quelquefois, quoique beaucoup plus rarement, à les faire partager et à les imposer à ceux qui les entourent.

Les idées de grandeur, chez les aliénés paralytiques, présentent des caractères généraux précisément inverses : nous n'avons pas à y revenir ici ; nous les avons résumés précédement, à propos des idées délirantes en général. Nous avons dit qu'elles étaient très nombreuses, changeantes dans leur ensemble et leurs détails, sans base et non motivées, enfin sans conciliation entre elles, ou bien faiblement soutenues à l'aide d'explications provisoires, fournies par l'inspiration du moment ou par le caprice de l'interlocuteur. Mais nous devons entrer dans quelques autres détails qui s'appliquent aux idées de grandeur en particulier. Ce délire des grandeurs, en effet, est non seulement spécial par les caractères que lui imprime l'état général de l'intelligence, mais par sa forme même, qui, malgré des nuances individuelles secondaires, présente chez les divers paralytiques une uniformité bien remarquable, par suite de laquelle tous ces malades semblent comme jetés dans le même moule. Ceux mêmes qui, à certaines périodes ou dans certaines variétés, paraissent se soustraire à cette loi générale, finissent ordinairement par présenter les idées de grandeur types sous leur forme habituelle. Il est même bien curieux de constater combien est grande la part de l'espèce morbide, dans la nature et la formule de ces idées délirantes, et combien est restreinte celle de l'individu et des circonstances accidentelles. Quelle que soit, en effet, la condition sociale, l'éducation, la nationalité des malades, on retrouve chez eux, dans les diverses classes de la société et dans les divers pays, non seulement la même tendance générale vers l'orgueil et la vanité, mais

une formule identique pour l'expression de ces idées. Il est cependant quelques variantes, surtout au début, qu'il importe de signaler, pour ne rien exagérer.

Certains paralytiques ne présentent pas d'idées de grandeur déterminées, mais éprouvent simplement un sentiment général de satisfaction. Ils disent, avec l'expression d'un contentement vrai, qu'ils ne s'inquiètent de rien, qu'ils sont heureux et contents de tout. C'est là le premier degré de la satisfaction. Le plus souvent, il n'existe que pendant un certain temps et il ne tarde pas ordinairement à se formuler de la même manière que chez les autres paralytiques. Dans d'autres cas, on peut croire, au premier abord, à l'existence de cette simple satisfaction générale, surtout lorsque les malades, interrogés dans le sens des préoccupations habituelles, disent par exemple n'avoir pas de fortune ou ne faire aucun projet. Mais souvent, dans ces cas mêmes, on finit par découvrir des idées de grandeur et de satisfaction dans une direction quelconque ; ainsi, le malade dit tout à coup, avec l'expression de la joie la plus vive, qu'il est très fort dans son état ; un malade que j'ai eu l'occasion d'observer dans cette situation disait, par exemple : Je suis un des premiers tailleurs de Paris.

Enfin il est d'autres aliénés paralytiques, surtout dans les formes débiles, ou bien au début de leur affection, dont les prétentions sont assez minimes. Ils se croient seulement dans une position un peu plus élevée que la leur, indiquent une somme assez modique comme produit de leur gain ou d'un héritage, ou bien encore leurs prétentions restreintes sont en rapport avec leur état de dénuement antérieur ; mais le plus souvent ces idées de grandeur, modérées, plausibles, et admissibles jusqu'à un certain point, et dont la fausseté ne peut être démontrée que par les renseignements des parents, n'existent, à ce degré, que dans les commencements de la maladie. Bientôt, soit tout à coup (car cette transformation peut s'opérer dans l'espace d'une nuit), soit petit à petit, et après avoir franchi assez rapidement tous les échelons de la grandeur, après être montés en grade en quelque sorte, les paralytiques arrivent aux idées de grandeur, vraiment spéciales. Leur caractère principal peut être résumé en disant qu'elles sont gigantesques et qu'elles atteignent les limites extrêmes auxquelles puisse parvenir l'imagination

humaine. Cette exagération infinie dans les prétentions de l'orgueil et de la vanité est un des caractères les plus saillants de ces idées de grandeur spéciales, et mérite de nous arrêter un instant. Ces idées gigantesques n'existent pas toujours ; mais, quand on les observe, elles sont presque pathognomoniques. Les malades ne se bornent pas alors à se croire forts dans leur état, possesseurs d'un héritage, ou à s'élever simplement à un grade ou une position supérieurs à ceux qu'ils occupent réellement ; leur délire ne s'exerce plus seulement dans la sphère des choses, fausses sans doute, mais encore admissibles, et que l'on ne peut déclarer absurdes *a priori*. Ils sont arrivés aux dernières limites de la puissance, de la richesse, de la force et du talent ; dès lors, les mots de général, prince, roi, empereur, châteaux, palais, millions, diamants, se rencontrent à chaque instant dans leur bouche, non seulement, ainsi qu'on l'a dit, comme expression d'une tendance de leur esprit à l'orgueil et à la grandeur en général, mais à la grandeur sous sa forme la plus élevée et la plus gigantesque. Ils possèdent tout, tout est à eux (ce mot *tout* est caractéristique et joue le même rôle dans le langage des paralytiques, que le mot *on* dans celui des persécutés et des mélancoliques) ; ils vont épouser des princes ou des princesses, entreprendre des spéculations variées, faire des voyages, bâtir des maisons, des palais ; ils font des projets grandioses, possèdent de beaux vêtements, de beaux meubles, les objets les plus précieux ; enfin ils sont doués d'une force physique exubérante, de tous les talents, sont poètes, peintres et surtout musiciens, et se vantent de chanter comme les premiers artistes. Souvent aussi ils ne se bornent pas à appliquer à eux-mêmes leurs idées de grandeur ; ils les reportent sur leurs parents, leurs amis, et même quelquefois sur ceux qui les entourent, auxquels ils décernent des titres, de la fortune et des dignités. Tel est le cercle constamment le même que parcourent leurs idées de grandeur avec une monotonie bien remarquable. Les habitudes et l'éducation des individus modifient bien certains mots et certains noms ; il existe également des différences assez grandes dans le nombre et la variété des idées, peut-être selon l'activité intellectuelle primitive des malades ou plutôt selon la variété de forme de la maladie. Mais, malgré ces nuances secondaires, il est impossible de n'être pas frappé de l'extrême ressemblance qui existe

entre les idées de grandeur des divers aliénés paralytiques, et de ne pas trouver dans ce fait, ainsi que dans celui des caractères généraux du trouble de leur intelligence, un argument bien puissant en faveur de la spécialité de cette forme de maladie mentale.

Pour compléter l'exposé des caractères des idées délirantes chez les paralytiques, il convient d'ajouter, ce que nous avons déjà indiqué précédemment, que leurs idées maladives n'ont pas toutes le cachet de la grandeur ou de la satisfaction. Il existe souvent chez eux une foule de conceptions délirantes, extrêmement singulières, qui surgissent spontanément sans qu'on puisse les rattacher à rien, qui sont ordinairement temporaires, et dont la nature, souverainement absurde, révoltante même d'absurdité, me paraît également bien caractéristique de cette espèce de maladies mentales. Très souvent, en effet, on entend des paralytiques, même à une période peu avancée de leur affection, raconter qu'ils ont eu les bras cassés un grand nombre de fois et immédiatement remis, qu'ils sont morts plusieurs fois, qu'ils ont eu, à plusieurs reprises, la tête coupée et remise, qu'ils ont une tête de plomb, qu'ils n'ont ni bouche ni estomac, etc. Le caractère absurde, spontané et temporaire, de ces conceptions délirantes, qui se produisent fréquemment chez eux, mérite d'être signalé. Souvent aussi on constate chez ces aliénés quelques idées tristes, craintives ou hypocondriaques passagères, qui participent des caractères que nous venons d'assigner aux autres conceptions délirantes. Assez fréquemment, en effet, il arrive qu'un paralytique vient vous annoncer en pleurant la mort d'un de ses parents ou tout autre événement malheureux ; mais, le plus souvent, ces idées n'ont qu'une courte durée, et sont même remplacées, au moment où le malade les raconte, par un sourire de satisfaction et par l'expression de ses idées prédominantes habituelles.

SECONDE PARTIE

DES DIVERSES PARALYSIES GÉNÉRALES

Dans la première partie de ce travail, je me suis proposé de montrer que la maladie connue sous le nom de *paralysie générale des aliénés* n'était pas seulement caractérisée par le symptôme paralysie, mais qu'elle présentait un ensemble et une marche particulière, et que l'on pouvait même retrouver dans les phénomènes du délire des caractères communs aux divers aliénés paralytiques. Dans cette étude, mon but principal a été de faire reposer sur des bases solides le seul type de paralysie générale qui jusqu'ici soit bien connu, afin de pouvoir l'opposer plus facilement à tous les faits de paralysie générale qu'on prétend aujourd'hui confondre avec lui. En effet, en examinant attentivement les travaux publiés, dans ces dernières années, sur la question qui nous occupe, il est impossible de ne pas être frappé de la tendance qui porte tous les auteurs à réunir, sous le nom de *paralysie générale* ou de *paralysie progressive*, des faits qui diffèrent singulièrement les uns des autres, soit au point de vue de l'ensemble de leurs symptômes et de leur marche, soit même au point de vue du symptôme paralysie, qui seul cependant sert à les rapprocher.

Les auteurs, qui ont écrit sur ce sujet, doivent, il est vrai, comme nous l'avons déjà indiqué, être distingués en deux classes : ceux qui admettent deux espèces de paralysies générales et ceux qui n'en admettent qu'une seule. Cette différence est assez importante pour que les mêmes considérations ne puissent s'appliquer à la fois aux uns et aux autres ; néanmoins, un fait principal nous frappe surtout chez eux, au milieu même de cette divergence d'opinions. Soit qu'ils n'admettent qu'une espèce de paralysie générale, soit qu'ils en admettent deux, ils nous paraissent tous avoir trop perdu de vue le type folie paralytique ; ils n'ont fixé leur attention que sur le symptôme paralysie et sont même disposés à tenir très peu compte des caractères propres de cette paralysie. Cette considération exclusive du symptôme, substituée à l'étude de la maladie, a entraîné, dans

une question déjà si complexe par elle-même, des confusions tellement nombreuses, qu'il nous paraît indispensable de chercher à réagir contre cette tendance. Dans ce but, nous nous proposons de faire une revue des diverses maladies susceptibles de donner lieu à des phénomènes paralytiques plus ou moins analogues à ceux de la folie paralytique. Nous voulons montrer que ce symptôme peut survenir dans des maladies très diverses, que par conséquent il ne peut suffire pour caractériser une maladie, et que réunir dans le même cadre des faits d'ailleurs différents, par cela seul qu'ils présentent ce phénomène commun, c'est faire l'histoire d'un symptôme et non celle d'une maladie, absolument comme si on faisait celle de l'hémiplégie ou de la paraplégie, sans tenir compte de la diversité des maladies qui peuvent leur donner naissance.

Je n'ai pas l'intention d'aborder ici la question de savoir s'il existe deux espèces de paralysies générales ou s'il n'en existe qu'une seule. Elle me semble en effet difficile à résoudre avec le petit nombre de faits que possède aujourd'hui la science, et ceux que j'ai moi-même observés sont tout à fait insuffisants pour me permettre, à cet égard, aucune conclusion définitive. Mais cette question ne me paraît pas être celle que l'on doit se poser en premier lieu. Avant de rechercher si toutes les paralysies générales se terminent ou ne se terminent pas par le délire, il me semble nécessaire de se rendre compte d'abord de la nature des faits que l'on groupe artificiellement sous ce nom générique; il faut se demander si ces faits sont comparables entre eux et s'ils n'appartiennent pas à des maladies déjà connues, au lieu de constituer une espèce morbide nouvelle. C'est pour répondre à cette question, dont la solution préliminaire me paraît indispensable, que je vais entreprendre une revue des maladies cérébrales, médullaires et nerveuses, qui peuvent être confondues avec la paralysie générale, et qui méritent d'en être distinguées.

Pour faire ce travail d'une manière complète, il conviendrait d'analyser avec détails les observations citées par les auteurs et d'en produire de nouvelles, comme exemples des erreurs possibles du diagnostic; tel ne peut être évidemment notre but; nous sommes contraint de nous borner ici à des considérations générales. Nous mentionnerons seulement quelques exemples des confusions qui ont

été faites; nous insisterons surtout sur les circonstances qui rendent ces erreurs possibles et nous indiquerons les moyens généraux de diagnostic pour chacune de ces maladies. Nous n'avons certainement pas la prétention de donner un diagnostic différentiel rigoureux et applicable à tous les cas, sans exception ; ce diagnostic est infiniment plus difficile, dans certaines circonstances, qu'on ne le croit généralement ; il nous paraît même quelquefois presque impossible dans l'état actuel de la science. Notre but unique est de fixer l'attention sur les difficultés et la nécessité de ce diagnostic différentiel et d'indiquer en passant quelques signes qui nous semblent de nature à l'éclairer. Il nous paraît devoir reposer sur deux ordres de considérations. Il se base d'abord sur les signes tirés de l'ensemble des symptômes et de la marche des maladies. Sous ce rapport, nous n'aurons qu'à opposer les caractères que nous avons assignés à la folie paralytique, dans la première partie de ce travail, à ceux qui appartiennent aux diverses maladies que nous examinerons. Mais ce diagnostic doit être basé également sur les *caractères propres à la paralysie elle-même*. Or, avant d'entrer dans l'examen détaillé des diverses maladies, il est tout à fait nécessaire de rappeler ces caractères que l'on nous semble avoir trop oubliés, dont la réunion est indispensable pour constituer la paralysie spéciale qui nous occupe et qui deviendront notre principal criterium pour le diagnostic différentiel.

Les auteurs qui les premiers ont décrit, chez les aliénés, cette paralysie, que l'on a retrouvée depuis chez des individus non encore aliénés, lui avaient assigné quatre caractères principaux; ils avaient dit : elle est *générale*, *incomplète*, *progressive*, et, dès le début, *accompagnée d'embarras de la parole*. Il suffit de développer ces quatre faits pour y trouver la clef de la plupart des difficultés du diagnostic.

1° Elle est *générale*, c'est-à-dire qu'elle atteint primitivement toutes les parties du corps, d'une manière d'abord à peine sensible, sans qu'on puisse préciser exactement les points par lesquels elle débute, autres que ceux où la délicatesse des actes à exécuter trahit plus facilement, aux yeux de l'observateur, la légère irrégularité qui existe dans la coordination des mouvements.

2° Elle est *incomplète*, caractère très important, qui s'observe à

toutes les périodes de la maladie et persiste jusqu'à la fin. Le propre de cette forme spéciale de paralysie, en effet, est de débuter d'une manière si légère, que l'on peut même contester avec raison que ce soit, à cette époque, une véritable paralysie. On peut la considérer avec plus de justesse, pendant très longtemps, comme une simple irrégularité dans les mouvements ; elle est alors conciliable avec la conservation d'une vigueur musculaire assez prononcée et n'aboutit que lentement à une débilité réelle. A la fin même de la maladie, les malades, contraints de rester couchés, peuvent néanmoins toujours remuer les bras et les jambes dans leur lit, et l'existence d'une paralysie complète chez ces malades, même à cette période, indique à coup sûr une complication intercurrente.

3° Elle est *progressive*, mot dont on a singulièrement abusé, et qu'on a interprété dans des sens très divers et tout à fait contraires à l'idée de ceux qui l'ont employé les premiers. Il faut en effet entendre par ce mot que cette paralysie, qui se manifeste d'abord d'une manière presque insensible dans toutes les parties du corps à la fois, augmente progressivement d'intensité dans les points primitivement affectés, quoiqu'elle n'arrive jamais à être complète dans aucun ; ce mot ne signifie nullement que la paralysie soit progressive ou s'étende d'une partie attaquée à une autre qui ne le serait pas encore.

4° Enfin *elle est dès le début accompagnée d'embarras de la parole.* Ce symptôme, d'abord à peine appréciable, va ensuite graduellement en augmentant d'intensité, participe en un mot des caractères de la paralysie, est une des premières manifestations de la maladie et persiste, à des degrés divers, pendant toute sa durée, excepté dans quelques cas exceptionnels, où il peut disparaître momentanément pendant quelque temps.

L'oubli de ces quatre caractères nous paraît avoir été la cause principale des confusions dans lesquelles on est tombé. Plusieurs auteurs, en effet, se sont souvent contentés d'un seul ou de deux de ces caractères, en l'absence des autres, pour faire figurer un fait dans le cadre de la paralysie générale ; ils ont négligé, non seulement les symptômes autres que la paralysie, mais même les caractères spéciaux de cette paralysie. Le plus souvent, ils n'ont fait attention qu'à un seul fait, à savoir : à la paralysie des deux côtés du

corps. Ils sont ainsi arrivés à classer dans cette paralysie incomplète des paralysies complètes, dans cette paralysie générale des paralysies primitivement ou même toujours plus ou moins partielles; dans cette paralysie dite progressive, des paralysies qui ne progressent en aucune façon ou même décroissent, ou bien qui progressent, c'est-à-dire s'étendent des extrémités vers le centre ou de bas en haut, au lieu de progresser simplement en intensité ; enfin, ils ont admis dans cette paralysie caractérisée aux yeux de tous, dès le début, par l'embarras de la parole, des paralysies qui n'en présentaient aucun, ou que l'on supposait devoir en présenter plus tard.

En résumé, les principes de diagnostic qui découlent naturellement de la connaissance de ces caractères sont les suivants :

1° Toute paralysie qui commence par être partielle et qui plus tard seulement se généralise, n'est pas la maladie qui nous occupe ;

2° Il en est de même de toute paralysie qui est complète ou bien presque complète dans le début, ne serait-ce que dans une partie limitée du corps ;

3° Il en est encore de même de toute paralysie qui, débutant par un point quelconque, par les extrémités des bras ou des jambes par exemple, marche de la périphérie vers le centre, et progresse ainsi en étendue, au lieu de progresser en intensité ;

4° Enfin l'embarras spécial de la parole est indispensable pour caractériser la paralysie des aliénés.

Après cet énoncé des caractères spéciaux de la paralysie générale, nous pouvons maintenant passer en revue les diverses maladies susceptibles d'être confondues avec elle. Commençons par les affections du cerveau, et en premier lieu par l'hémorragie cérébrale.

1° *Hémorragie cérébrale.*

Lorsque cette maladie revêt, d'une manière tranchée, ses symptômes habituels, aucun médecin ne peut songer à la comparer à la paralysie générale : invasion subite et brusque par une attaque avec perte de connaissance ; hémiplégie complète ou presque complète ; le plus souvent, absence de trouble durable de l'intelligence

et d'embarras persistant de la parole ; enfin décroissance des divers phénomènes depuis le moment de l'attaque jusqu'à la guérison, ou bien jusqu'à une nouvelle attaque ; tout, en un mot, dans les symptômes et dans la marche, est différent de la paralysie générale. Nous n'avons donc pas à y insister ici, puisque, dans cette maladie aussi nettement caractérisée, la paralysie n'est ni générale, ni incomplète, ni lentement progressive dans son invasion et son évolution ; mais il n'en est pas ainsi de toutes les hémorragies cérébrales. Sans doute, le diagnostic nous paraît presque toujours possible, lorsqu'on tient compte de l'ensemble des symptômes et de la marche de la maladie ; mais il est loin d'être, dans tous les cas et à toutes les périodes, aussi facile qu'on l'imagine ordinairement. D'abord on n'a pas toujours des renseignements exacts sur le mode d'invasion d'une paralysie que l'on peut être appelé à observer longtemps après son début ; de plus, quoique la paralysie générale commence le plus souvent insensiblement, elle paraît, dans certains cas exceptionnels, survenir à la suite d'une attaque subite. Cette congestion cérébrale présente, il est vrai, dans son intensité, sa durée et ses suites, des différences notables avec l'attaque de l'hémorragie cérébrale ; mais ces nuances, sensibles pour un médecin, ne peuvent que difficilement être saisies, au milieu des renseignements fournis par le malade lui-même.

L'embarras de la parole, plus ou moins intense, existe aussi, de l'aveu de tous les auteurs, assez fréquemment à la suite des hémorragies cérébrales ; bien qu'il diffère notablement, aux yeux d'un médecin exercé, de celui de la paralysie générale, on comprend que, malgré ces différences, ce soit là une sorte d'analogie qui peut quelquefois devenir cause d'erreur.

Quant à l'hémiplégie, c'est certainement, surtout lorsqu'elle est franche et complète, un excellent signe distinctif ; mais son existence est loin de suffire au diagnostic, comme on le croit généralement. Il est, en effet, un certain nombre de paralysies générales qui peuvent présenter à certaines périodes de leur cours, et même au début, une prédominance de la paralysie dans l'un des côtés du corps ; cette paralysie latérale est, il est vrai, ordinairement incomplète et temporaire, mais elle peut cependant simuler l'hémiplégie véritable ; d'un autre côté, dans l'hémorragie cérébrale, une hémi-

plégie d'abord complète peut devenir incomplète par suite de la résorption imparfaite du caillot sanguin, et rester ainsi longtemps stationnaire à ce degré. Enfin il est un certain nombre d'hémorragies cérébrales dans lesquelles on constate, au lieu d'une hémiplégie, la paralysie des deux côtés du corps, ordinairement, il est vrai, d'une manière inégale. Ce fait a lieu principalement dans les circonstances suivantes :

1° Lorsque l'hémorragie s'est produite dans les parties centrales du cerveau, sans avoir déterminé la mort immédiate, ou bien lorsque, située dans un seul hémisphère, elle s'est trouvée assez rapprochée de la ligne médiane pour comprimer l'hémisphère opposé ;

2° Lorsqu'un malade a été atteint, à diverses époques, de plusieurs hémorragies cérébrales ayant porté successivement sur l'un et l'autre hémisphère ;

3° Enfin il est des cas dont Rochoux a cité des exemples, et qui sont confondus par M. Baillarger avec la paralysie des aliénés ; dans ces cas, à la suite d'une apoplexie, ayant d'abord déterminé une simple hémiplégie, il survient plus tard une paralysie, souvent moins intense du côté opposé. Les auteurs attribuent ordinairement cette généralisation de la paralysie à un épanchement de sérosité qui s'effectuerait au pourtour du cerveau ou dans les ventricules, consécutivement à la lésion locale primitive du cerveau.

Quant à moi, ces faits ne me paraissent pouvoir être considérés que comme une complication de l'hémorragie cérébrale. Je ne vois pas, en effet, pourquoi, par cela seul que la paralysie, d'abord latérale, devient consécutivement plus ou moins générale, on ferait passer ces faits du cadre d'une maladie à laquelle ils appartiennent si évidemment par leurs lésions, leurs symptômes et leur marche, dans celui d'une autre affection avec laquelle ils ne présentent que la trompeuse analogie d'un seul symptôme.

En résumé, le signe distinctif tiré de l'hémiplégie opposée à la paralysie des deux côtés du corps, quoique très utile, surtout si l'hémiplégie est nette et complète, ne peut suffire pour résoudre toutes les difficultés du diagnostic entre l'apoplexie et la paralysie générale. Il en est de même, quoique à un moindre degré, de la

marche des symptômes paralytiques, décroissante dans un cas et progressive dans l'autre. Ce signe est certainement très précieux ; mais d'abord, comme tous les signes tirés de la marche, il n'est pas toujours applicable, puisque, pour l'apprécier, il est nécessaire de suivre le malade pendant longtemps. De plus, dans l'hémorragie cérébrale, la paralysie peut rester stationnaire au même degré pendant plusieurs années sans décroître; d'un autre côté, la marche de la paralysie générale, quoique progressive dans son ensemble, est loin de l'être constamment et régulièrement sans aucune interruption, comme on le croit trop généralement ; cette paralysie peut, dans certains moments, présenter, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, une véritable diminution d'intensité qui pourrait induire en erreur, si l'on n'en était prévenu.

Après les signes tirés des caractères de la paralysie, de sa marche et de celle de la maladie, il reste encore à parler des signes basés sur les autres symptômes, et en particulier sur les troubles de l'intelligence. J'ai dit que souvent, dans l'hémorragie cérébrale, l'intelligence n'était pas altérée ou l'était à peine, tandis que, dans la paralysie générale, même au début, elle présentait presque toujours un trouble quelconque, le plus souvent très manifeste. Ce signe, envisagé d'une manière générale, est certainement très utile dans la pratique ; mais on comprend qu'il est loin d'être absolu. Il existe, en effet, un certain nombre d'hémorragies cérébrales qui s'accompagnent non seulement d'affaiblissement, mais de véritable trouble de l'intelligence; d'un autre côté, il est des paralysies générales (beaucoup moins nombreuses, il est vrai, qu'on ne le dit aujourd'hui) qui existent, au début, sans délire ou avec un simple affaiblissement intellectuel. Il faut ajouter cependant que la spécialité des troubles de l'intelligence, dans les deux cas, mérite de fixer l'attention beaucoup plus qu'elle ne l'a fait jusqu'à présent. Je crois, en effet, que la description que j'ai cherché à faire, du délire des aliénés paralytiques, opposée aux caractères du trouble de l'intelligence, chez les apoplectiques, peut, dans certains cas, devenir un auxiliaire puissant pour le diagnostic. Nous devons nous borner à dire ici, en résumé, que le désordre de l'intelligence se manifeste, en général, chez les individus frappés d'hémorragie cérébrale, par les signes suivants : perte très marquée de la mémoire, surtout de

la mémoire des mots et des dates; affaiblissement général de l'intelligence, sans trouble manifeste ; faiblesse très prononcée de la volonté alliée à l'irritation et à la colère ; facilité très grande à s'émouvoir et à verser des larmes; oubli presque absolu des faits récents, avec conservation d'un certain nombre de souvenirs anciens ; conscience de son état; absence d'agitation et apparences de raison beaucoup plus grandes que dans la folie paralytique; quelquefois enfin, frayeurs vagues et craintes incessantes d'être assassiné, volé ou ruiné.

2° *Apoplexies anciennes.*

Les indications précédentes suffisent pour prouver que l'on a dû confondre souvent les apoplexies anciennes avec la paralysie générale. Nous nous bornerons à citer un seul exemple de ces confusions, que nous empruntons à Sandras. Cet auteur (1) cite d'une manière très abrégée, comme exemple de paralysie générale, l'observation d'un vieillard à l'autopsie duquel on trouva, dans les deux corps striés et la substance ambiante, de petites cavités tapissées d'une membrane semi-organisée, à moitié remplies de sérosité transparente, et qui semblaient provenir d'*anciens foyers apoplectiques*. C'est l'auteur lui-même qui donne ainsi l'interprétation des lésions observées, et elle est d'ailleurs parfaitement en rapport avec les détails symptomatiques, très peu nombreux, il est vrai, relatés dans l'observation.

En résumé, le diagnostic entre l'apoplexie et la paralysie générale est donc plus difficile qu'on ne le croit ordinairement, attendu qu'aucun signe n'est absolument suffisant pour l'établir, pas même l'hémiplégie. Cependant, par la réunion de ceux que nous venons d'énumérer, et qui sont tirés des divers ordres de symptômes et de la marche de la maladie, on pourra presque toujours poser un diagnostic justifié par l'autopsie. Mais, je le répète, un seul signe ou même un ou deux signes réunis ne peuvent suffire : on ne peut arriver à baser scientifiquement le diagnostic que sur l'étude comparative des divers symptômes de la maladie et surtout à l'aide de

(1) Sandras, *Annales médico-psychologiques*, t. Ier, 2e série, p. 456.

renseignements, suffisamment complets, sur la marche de l'affection, depuis son invasion. C'est là un travail auquel on se livre rarement dans les asiles d'aliénés ; on y reçoit fréquemment de véritables apoplectiques, à une période avancée de la maladie, et présentant des troubles de l'intelligence, et on les confond ordinairement avec les aliénés paralytiques sous le nom vague de *démens paralytiques*.

3° *Ramollissements du cerveau.*

Si les erreurs de diagnostic sont possibles, dans certains cas, entre l'hémorragie cérébrale et la paralysie générale, on comprend que ces erreurs se produisent plus souvent encore entre cette affection et les divers ramollissements du cerveau. Cette maladie, encore imparfaitement déterminée, qu'on appelle le *ramollissement du cerveau*, renferme dans son cadre des faits très divers, tant au point de vue des lésions anatomiques qu'à celui des symptômes et de la marche. Il nous semble néanmoins que l'on peut opposer, d'une manière générale, à la folie paralytique, les divers ramollissements locaux du cerveau, malgré les différences nombreuses de symptômes et de marche que présentent entre eux les faits réunis sous ce titre. Ceux mêmes qui admettent, avec Parchappe et plusieurs autres auteurs, que la paralysie générale des aliénés n'est qu'un ramollissement de la couche corticale du cerveau, reconnaîtront du moins, avec nous, que la différence de siège, d'étendue et d'évolution de la lésion, puisse entraîner des différences symptomatiques assez nombreuses et assez essentielles pour légitimer un diagnostic différentiel entre ces deux maladies. En effet, alors même qu'elles consisteraient en une lésion primordiale identique, elles ont néanmoins des caractères, une marche, un pronostic, et des conséquences très différentes. Ce diagnostic peut donc se faire au même titre que celui que l'on établit entre les inflammations de deux organes juxtaposés, tels que la plèvre et le poumon par exemple.

Les réflexions suggérées par la comparaison entre les ramollissements locaux du cerveau et la paralysie générale sont à peu près les mêmes que celles que nous venons d'exposer à propos des hé-

morragies cérébrales, dont les ramollissements se rapprochent d'ailleurs tellement, au point de vue symptomatique, que le diagnostic différentiel entre ces deux maladies est encore très incertain dans l'état actuel de la science. L'invasion est souvent brusque dans le ramollissement comme dans l'hémorragie cérébrale ; l'embarras de la parole peut également s'y rencontrer assez souvent ; l'hémiplégie, quoique fréquente, est loin d'être constante, et peut être remplacée par une paralysie des deux côtés du corps, plus souvent même que dans l'hémorragie cérébrale. Cela a lieu, soit primitivement dans les ramollissements des parties centrales du cerveau, soit consécutivement, dans le cas où le ramollissement, existant d'abord dans un seul hémisphère, s'étend ensuite à l'hémisphère opposé. Nous aurions enfin à présenter les mêmes considérations relativement aux troubles de l'intelligence, qui, plus fréquents dans les ramollissements que dans les apoplexies, peuvent prêter aux mêmes confusions avec la folie paralytique et peuvent s'en distinguer de la même façon; ces désordres intellectuels dans le ramollissement ont en effet beaucoup d'analogie avec ceux que nous avons énumérés précédemment à propos de l'apoplexie, et diffèrent ainsi notablement, en général, des troubles propres à la folie paralytique. Nous voulons seulement ajouter quelques traits qui s'appliquent plus spécialement aux ramollissements.

La confusion que nous signalons comme possible entre le ramollissement et la paralysie générale a réellement été faite par plusieurs auteurs ; nous n'en citerons comme preuve que deux exemples remarquables, empruntés l'un à Delaye, et l'autre à Requin. Ces deux faits ayant été souvent cités par divers auteurs comme exemples exceptionnels de paralysie générale, identique à celle des aliénés, nous croyons nécessaire de les reproduire en abrégé, afin de fixer l'attention sur la confusion dont ils nous paraissent avoir été l'objet.

Delaye (1) a rapporté, comme exemple de paralysie générale sans délire, une observation dont voici le résumé :

La malade qui fait le sujet de cette observation est une *vieille femme de soixante-dix ans*, atteinte depuis longtemps du trem-

(1) Delaye, *Thèse*, 1824.

blement des vieillards : affectée d'une faiblesse générale des membres, elle revint à l'hospice, après avoir passé une journée à Paris, dans un état moins satisfaisant, ayant plus de difficulté à parler et à se servir de ses membres. Un mois après, elle fut prise, pendant la nuit, d'un délire violent, avec agitation, cris, vociférations, puis perte de connaissance et paralysie complète du côté droit, et à l'autopsie, on trouva *un ramollissement de la moitié gauche de la protubérance annulaire.*

Est-il possible de voir dans cette observation autre chose que celle d'une femme, atteinte d'abord de tremblement des vieillards, puis d'un ramollissement de la protubérance qui finit par être suivi de délire et par entraîner la mort ?

Il en est de même du fait rapporté par Requin (1) comme exemple de paralysie générale aiguë.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans qui entra à l'hôpital avec les signes évidents d'une méningo-encéphalite aiguë (ce sont les expressions mêmes de l'auteur, et les symptômes énumérés le prouvent d'ailleurs surabondamment) ; guéri des symptômes aigus, au bout d'un mois, il commença à parler raisonnablement, à se lever et à marcher, mais il présentait une grande lenteur de compréhension, *un extrême affaiblissement de la mémoire,* quelques *douleurs sourdes* dans la tête, *parole pénible et embarrassée*, diminution manifeste de la sensibilité cutanée : depuis cette époque, augmentation de la céphalalgie, diminution de l'appétit, dévoiement, fièvre, subdelirium, torpeur considérable de la sensibilité, de l'intelligence et de la mémoire, qui vont toujours s'affaiblissant davantage : l'état empire de jour en jour ; fièvre hectique, ouïe de plus en plus dure, excrétions involontaires des urines et des matières stercorales ; coma pendant cinq jours, mort trois mois après l'invasion de la maladie. A l'autopsie, traces évidentes de méningite déjà un peu ancienne, avec exsudation fibrineuse concrète et ferme ; ventricules contenant un verre et demi de sérosité, *avec quelques flocons de pus.* Le septum lucidum, la voûte à trois piliers, les couches optiques, les corps striés, en un mot *tout le plancher inférieur des ventricules latéraux, présente un ramollissement complet* blanc, sans injec-

(1) Requin, *Éléments de pathologie*, t. II, p. 88.

tion : *on dirait de la bouillie.* Après une observation dont tous les détails symptomatiques et anatomiques concordent si bien avec l'idée d'un ramollissement des parties centrales du cerveau, consécutif à une méningite aiguë, et sont différents du tableau symptomatique et anatomique de la paralysie des aliénés, tel que nous l'avons tracé, il serait superflu d'insister sur les raisons qui ne nous permettent pas de nous associer à l'opinion du savant professeur.

Puisque la confusion est possible entre les ramollissements du cerveau et la paralysie générale, il faut donc rechercher des moyens de les distinguer dans la pratique. Quelques auteurs croient cette distinction très facile et jugent à peine nécessaire d'indiquer quelques signes différentiels ; ils se bornent à en appeler, d'une manière générale, à la différence des symptômes et de la marche des deux maladies. Sans doute, c'est bien là le seul criterium que l'on doive invoquer ; mais cette indication générale ne peut suffire pour trancher les nombreuses difficultés que l'on rencontre dans la pratique, et qui ne nous paraissent pas avoir assez frappé les auteurs auxquels nous faisons allusion. Il est en effet un certain nombre de ramollissements du cerveau qui présentent une marche chronique, un trouble de l'intelligence assez prononcé, pour que l'on puisse presque considérer comme aliénés les malades qui en sont atteints, un embarras de la parole manifeste et même très marqué, enfin une hémiplégie peu tranchée ou bien une paralysie à peu près égale des deux côtés du corps. On comprend facilement que, dans l'état actuel de la science, la réunion de ces deux faits, savoir : une paralysie incomplète et plus ou moins générale, accompagnée d'embarras de la parole, et un trouble de l'intelligence, souvent tel que le malade est conduit dans un asile d'aliénés, suffisent pour faire confondre un pareil malade avec un aliéné paralytique, sous le nom commun de dément paralytique, comme on le fait aussi pour ceux qui sont atteints d'hémorragies cérébrales anciennes. Cette erreur est surtout possible, si l'on ne prend pas la précaution de s'informer des antécédents et de la marche antérieure de la maladie ; aussi arrive-t-il assez fréquemment, en faisant l'autopsie de pareils malades dans les asiles d'aliénés, de découvrir un ramollissement du cerveau, dont il eût été facile de prévoir l'existence, si l'on avait examiné attentivement les symptômes et la marche de la maladie pendant la

vie, et si on les avait comparés à ceux de la paralysie des aliénés. Ce sont probablement des faits de ce genre qui ont conduit certains auteurs à mentionner les ramollissements locaux du cerveau comme lésion possible de la paralysie des aliénés. On peut admettre cependant qu'il y a eu, dans ces cas, simple coïncidence des deux affections chez le même malade, ainsi que M. Calmeil en rapporte un exemple assez probant (1).

La confusion est donc possible, dans quelques cas, entre les ramollissements du cerveau et la paralysie générale, et par conséquent il n'est pas superflu de chercher des moyens de diagnostic. Ce n'est pas à l'aide d'un seul signe que ce diagnostic peut s'établir ; il n'en existe pas un seul en effet, si ce n'est peut-être le délire des grandeurs, qui soit pathognomonique de l'une de ces maladies et ne puisse se rencontrer dans l'autre. En général, cependant, ce diagnostic est possible, en prenant en considération l'ensemble des symptômes, et surtout les différences qui existent dans la marche des deux maladies.

Les signes qui caractérisent le ramollissement, par opposition à la paralysie générale, nous paraissent être surtout les suivants : céphalalgies intenses et continues ; vomissements fréquents, coïncidant avec la céphalalgie ou avec les attaques congestives ; douleurs vives dans les membres qui sont ou qui deviendront le siège de la paralysie ; contractures et crampes ; hémiplégie fréquente ; embarras de la parole plus rare, moins intimement lié à la maladie, et lorsqu'il existe, plus prononcé, plus intense dès le début, et pouvant même être porté jusqu'à l'impossibilité de parler ; trouble de l'intelligence moins fréquent, consistant plutôt dans l'affaiblissement extrême de l'intelligence et la perte presque absolue de la mémoire que dans le désordre des facultés intellectuelles, ou bien, lorsque ce désordre existe, ayant des caractères particuliers, très différents de ceux de la folie paralytique, et analogues à ceux que avons nous mentionnés ci-dessus, à l'occasion de l'hémorragie cérébrale ; lésion fréquente des organes des sens (amaurose ou surdité) ; enfin trouble plus fréquent et plus intense de la sensibilité (anesthésie ou hyperesthésie) que dans la paralysie générale.

(1) Calmeil, *Paralysie générale*, 1826.

Les signes tirés de la marche sont également importants à noter. Les ramollissements du cerveau ont souvent une invasion rapide, ou même subite; la paralysie y survient, à la suite d'une ou de plusieurs attaques, avec perte de connaissance plus ou moins complète. Ces attaques sont suivies immédiatement, à peu près comme dans l'hémorragie cérébrale, de tous les symptômes tranchés de la maladie, presque aussi intenses qu'ils le seront plus tard, et ayant un caractère de *persistance* que n'ont pas les phénomènes d'aggravation qui succèdent aux attaques congestives de la folie paralytique. La marche de la maladie est plus rapide; elle ne se prolonge pas ordinairement au delà de plusieurs mois, et, dans tous les cas, dure moins longtemps que la paralysie générale. Enfin, fréquemment il survient dans cette affection des symptômes présentant de l'acuité, tels que l'agitation, le délire aigu, la fièvre, qui indiquent une inflammation du cerveau, compliquant le ramollissement chronique, laquelle entraîne ordinairement en peu de jours la mort des malades.

Tels sont les caractères principaux qui appartiennent plus spécialement aux ramollissements du cerveau : opposés au tableau de la marche et des symptômes de la folie paralytique, que nous avons esquissé dans le chapitre précédent, ils peuvent, lorsqu'ils sont réunis en nombre suffisant chez un même malade, contribuer à éclairer un diagnostic qu'on se plaît trop à considérer comme facile, et qui, dans certains cas, présente au contraire, dans la pratique, de sérieuses difficultés.

4° *Tumeurs du cerveau.*

Que pourrions-nous dire, relativement aux lésions locales du cerveau, autres que l'hémorragie ou le ramollissement, telles que les tumeurs de diverses natures, tubercules, cancers, kystes, exostoses, tumeurs syphilitiques, etc., qui ne se trouve déjà implicitement contenu dans ce que nous venons d'exposer précédemment? Les caractères principaux qui distinguent ces diverses maladies cérébrales de l'affection qui nous occupe ressemblent beaucoup en effet à ceux que nous venons d'énumérer relativement aux apoplexies et aux ramollissements. La confusion est d'ailleurs beaucoup moins

facile, d'abord, parce que ces affections sont réellement rares, et ensuite, parce qu'elles ont une marche et des symptômes qui les différencient presque toujours profondément de la folie paralytique. Le plus souvent en effet, elles sont sans embarras de la parole, et sans trouble véritable de l'intelligence ; alors même que la paralysie viendrait plus tard à se généraliser, elle se produit au début sous forme hémiplégique. Dans tous ces cas, l'erreur n'est vraiment pas possible, et il serait inutile d'insister sur des caractères différentiels ; mais il est quelques cas de tumeurs du cerveau dans lesquels on observe une paralysie des deux côtés du corps, avec embarras de la parole et trouble plus ou moins marqué de l'intelligence. Dans ces cas, rares il est vrai, la confusion nous paraît possible, lorsqu'on est placé au point de vue que nous cherchons à combattre ; je n'en donnerai pour preuve que l'exemple de Hubert Rodrigues, qui cite, comme exemple de paralysie générale, des observations empruntées à divers auteurs, où il constate lui-même que cette paralysie était due à des tumeurs de diverses natures, trouvées à l'autopsie dans le cerveau.

Comme une assimilation, faite volontairement entre des maladies si différentes sous tous les rapports, ne me paraît pas admissible en théorie, je ne m'arrêterai pas à démontrer que ces faits ne doivent pas rentrer dans le cadre de la paralysie générale des aliénés ; je me bornerai à dire que, dans les cas de ce genre, le diagnostic différentiel me semble pouvoir reposer principalement sur les caractères distinctifs suivants, qui suffisent en général pour établir, par leur réunion, l'existence d'une tumeur du cerveau. Dans cette maladie, en effet, il existe presque toujours des céphalalgies très intenses, déchirantes même, datant de loin, souvent accompagnées de vomissements; on observe aussi très fréquemment des accès épileptiformes, à des intervalles assez rapprochés, simulant une épilepsie essentielle, et précédant la production de la paralysie ou coïncidant avec son apparition. On constate très souvent également, comme dans le ramollissement, des lésions des organes des sens, telles que l'amaurose et la surdité, ce qui n'arrive presque jamais dans la paralysie générale ; enfin, comme nous le disions plus haut, il y a rarement véritable trouble de l'intelligence, alors même qu'il existe de l'affaiblissement ou même de l'oblitération des facultés

intellectuelles. L'embarras de la parole est un fait exceptionnel, et, lorsqu'il existe, il est beaucoup plus prononcé que dans la paralysie générale, et consiste le plus souvent dans une impossiblité presque absolue de parler ; enfin, il y a presque toujours hémiplégie ou du moins prédominance manifeste de la paralysie dans l'un des côtés du corps, ou bien alors même que la paralysie a fini par se généraliser, elle a été précédée par l'hémiplégie.

A ces signes propres aux tumeurs du cerveau, il faut encore ajouter les caractères distinctifs tirés de la paralysie elle-même, que nous avons signalés comme applicables au diagnostic de presque toutes les maladies que nous passons en revue. En effet, la paralysie commence par être partielle et se généralise ensuite ; elle est complète dans les points primitivement atteints, et s'étend ensuite d'une partie du corps à une autre, au lieu d'augmenter lentement et progressivement d'intensité dans toutes les parties du corps à la fois. Enfin, les caractères tirés de la marche différente de ces deux affections méritent encore d'être mentionnés. Les tumeurs du cerveau ont ordinairement une très longue durée et une évolution plus lente que la paralysie générale, maladie cependant très chronique ; elles restent plus uniformément stationnaires (à l'exception des accès épileptiques qui interrompent de temps en temps leur cours) que la paralysie générale, dont nous avons cherché à démontrer la marche très accidentée. La réunion d'un certain nombre de ces caractères, chez un même malade, opposés à l'ensemble des symptômes physiques et moraux, et à la marche spéciale de la folie paralytique, que nous avons décrits dans la première partie de ce travail, nous semble suffisante pour établir, dans presque tous les cas, un diagnostic différentiel entre ces deux maladies.

5° *Méningites.*

Pour épuiser la série des maladies encéphaliques, il nous reste encore à dire quelques mots des méningites. Il semblerait qu'il ne peut être question ici des méningites aiguës, puisque leur marche est ordinairement tellement rapide, qu'elle ne ressemble en rien à la marche si lente et si chronique de la paralysie générale. Cependant il n'en est rien ; quelques auteurs, en effet, ont admis la possibilité

d'une paralysie générale aiguë : le fait observé par Requin, que nous avons rapporté plus haut, et qui, d'après l'autopsie, nous paraît un cas évident de méningite aiguë, terminée par un ramollissement des parties centrales du cerveau, a été cité comme exemple de paralysie générale aiguë. Beau (1) a publié sous le même titre sept observations de malades, ayant présenté, pendant leur vie, des symptômes cérébraux à marche très rapide, et à l'autopsie desquels on a trouvé une très légère inflammation de la couche superficielle du cerveau et des méninges. Sur ces faits, six se sont produits à la fin ou dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Quelle que soit l'autorité d'un homme aussi instruit et aussi distingué que Beau, nous hésitons à rapprocher de la paralysie des aliénés des faits dont la marche, si rapide, serait déjà à nos yeux un titre suffisant d'exclusion. Les symptômes diffèrent d'ailleurs de ceux de la paralysie des aliénés, et c'est à peine si on y retrouve quelque signe autre que le bégayement léger qui puisse établir une analogie entre deux maladies si différentes sous tant de rapports.

Nous n'insisterons donc pas pour établir entre elles une distinction ; nous avons voulu seulement signaler ici ces faits comme un nouvel exemple du degré de confusion auquel est arrivée aujourd'hui la science à l'égard de la paralysie générale.

Il me reste à dire un mot des méningites chroniques, dans leur rapport avec la paralysie générale : c'est là un problème plein de difficultés que je me garderais bien de vouloir trancher. Je me borne à poser cette question : A-t-on observé scientifiquement un assez grand nombre de méningites chroniques succédant à des méningites aiguës, pour pouvoir affirmer que les symptômes de la marche de cette maladie sont identiques à ceux de la paralysie générale, qui semble s'en rapprocher par les lésions trouvées à l'autopsie ? A mes yeux, alors même qu'il serait prouvé que la paralysie générale n'est qu'une méningite chronique, il resterait encore à démontrer qu'elle a les mêmes symptômes et la même marche que les méningites chroniques succédant à une méningite aiguë.

Le mélange de ces deux affections, par suite d'une prétendue identité de nature anatomique, admissible à une certaine époque, ne

(1) Beau, *Archives générales de médecine*, 1852.

me paraît plus l'être, aujourd'hui que l'on cherche à différencier, par exemple, le rhumatisme primitivement chronique du rhumatisme chronique succédant à un rhumatisme aigu ; d'ailleurs, les faits manquent encore pour se prononcer sur l'identité des véritables méningites chroniques et de la paralysie générale. Je ne me propose donc nullement d'établir ici entre elles le moindre parallèle ; seulement je n'ai pu m'empêcher de montrer qu'il peut exister des différences symptomatiques entre deux maladies qui paraîtraient avoir une même nature anatomique, afin de m'élever contre une assimilation qui ne me semble avoir rien de rigoureux.

6° *Maladies de la moelle.*

Après avoir passé en revue les principales maladies encéphaliques, arrivons aux affections de la moelle. Lorsqu'on tient compte des caractères spéciaux de la paralysie, que nous avons signalés, il paraît difficile de concevoir comment une maladie de la moelle pourrait être confondue avec la paralysie des aliénés. D'abord, la paralysie médullaire est presque toujours partielle, et le plus souvent paraplégique ; alors même qu'elle a fini par devenir générale, elle a commencé par être limitée à quelques parties du corps ; au lieu d'être primitivement très peu marquée dans les parties atteintes dès le début et d'augmenter ensuite graduellement et très lentement d'intensité, elle est, dès le commencement de la maladie, infiniment plus prononcée dans les points affectés qu'elle ne l'est dans la paralysie générale, et peut même être complète ; elle se propage, du reste, par une extension graduelle des parties atteintes à des parties non encore affectées, et ordinairement de bas en haut ; de plus, on constate des fourmillements, des crampes et des douleurs dans les membres, des douleurs ou des lésions le long du rachis ; il n'y a pas de trouble de l'intelligence et il n'y pas d'embarras de la parole ; voilà certainement plus de signes qu'il n'en faut pour établir une séparation tranchée entre des maladies qui ne se ressemblent presque sous aucun rapport. Cependant certains auteurs, aux yeux desquels l'absence de lésion de l'intelligence et d'embarras de la parole est parfaitement conciliable avec l'idée d'une paralysie générale, et qui semblent ne faire attention, pour caractériser cette maladie, qu'à l'existence

d'une paralysie des deux côtés du corps, ont décrit, sous le nom de *paralysie générale* ou de *paralysie progressive*, des faits qui paraissent n'avoir été que des exemples de maladies de la moelle, du moins d'après la marche franchement ascendante de la paralysie. On en voit, par exemple, des preuves dans les descriptions de Sandras ; on a même cité comme exemples de paralysie générale des faits dans lesquels l'existence d'une lésion de la partie supérieure de la moelle ou du canal vertébral a été démontrée par l'autopsie, ainsi que le rapporte Hubert Rodrigues, dans plusieurs de ses observations.

Les maladies de la moelle peuvent être divisées en trois classes, au point de vue de leur comparaison avec la paralysie générale.

1° Celles qui s'accompagnent de paraplégie franche ne peuvent réellement pas être confondues. Non seulement, en effet, il y a absence de troubles cérébraux et d'embarras de la parole, mais toutes les parties supérieures du corps ne sont nullement atteintes ; par conséquent, la paralysie n'est pas générale, est complète ou presque complète dans les parties affectées, porte sur la sensibilité, ordinairement autant que sur le mouvement, et enfin, limitée aux membres inférieurs, ainsi qu'au rectum et à la vessie, elle est tout à fait caractéristique d'une lésion de la partie inférieure de la moelle.

2° Dans la seconde classe de faits, se trouvent ceux où la lésion, après avoir commencé par la partie inférieure de la moelle, remonte graduellement et lentement jusqu'à la partie supérieure et même jusqu'au cerveau. Dans ces cas, la paralysie suit parallèlement la marche ascendante de la lésion ; l'erreur devient alors plus facile, surtout à la fin de la maladie, pour ceux qui ne sont frappés que du fait de la paralysie générale, c'est-à-dire de la paralysie de toutes les parties du corps ; mais, indépendamment des caractères distinctifs que nous venons d'énumérer précédemment, et qui se retrouvent également ici, la seule notion de cette marche franchement ascendante de la paralysie, qui a dû être facile à constater par tous, suffit pour exclure l'idée d'une véritable paralysie générale, et pour faire conclure à l'existence d'une maladie de la moelle.

3° Enfin viennent les faits dans lesquels la lésion est située à la partie supérieure de la moelle et même dans la moelle allongée, et

où par conséquent la paralysie peut être générale, soit primitivement, soit après avoir atteint successivement diverses parties du corps. Ce sont les cas qu'Hubert Rodrigues a surtout confondus avec la paralysie générale. Il en cite plusieurs dans lesquels l'autopsie ne laisse aucun doute sur l'existence d'une affection ou d'une compression de la partie supérieure de la moelle. Dans ces cas, peut-il se produire quelquefois, à la fin de la maladie, de l'embarras dans la parole ? C'est ce qu'il me paraît impossible de nier absolument, d'après les faits rapportés dans les annales de la science ainsi que d'après les données de la physiologie actuelle, sans qu'il soit cependant possible de l'affirmer d'une manière positive. Quant aux troubles de l'intelligence, dans les cas où ils se seraient produits, on pourrait les attribuer à la complication accidentelle d'une maladie cérébrale, tout aussi bien qu'à l'extension graduelle de la lésion médullaire au cerveau lui-même. Quoi qu'il en soit de cette question, d'ailleurs secondaire, on comprend facilement que, d'un côté, l'erreur de diagnostic soit possible dans ce cas, pour les médecins placés au point de vue que nous cherchons à combattre ; et, d'un autre côté, que cette erreur soit facile à éviter, en tenant compte des caractères différentiels, tirés de la paralysie elle-même, que nous avons posés. Enfin, dans ces cas mêmes, comme dans toutes les autres maladies de la moelle, l'absence de tout trouble de l'intelligence et d'embarras de la parole pendant longtemps, en admettant même que ces deux signes puissent se produire quelquefois à la fin, sont en général deux excellents caractères distinctifs.

7° *Paralysies nerveuses.*

Depuis que les recherches anatomiques modernes ont fait découvrir dans le système nerveux central les causes de la plupart des paralysies, considérées autrefois comme essentielles, on est peu disposé à reconnaître l'existence de paralysies nerveuses ne se rattachant à aucune lésion appréciable du système nerveux ; néanmoins un certain nombre de ces paralysies sont aujourd'hui admises dans la science, parce qu'une observation multipliée en a démontré la réalité. On peut les diviser en deux classes : les paralysies dépendant d'une *maladie nerveuse*, telles que l'épilepsie, l'hystérie, la

chorée, etc., et celles qui résultent d'une *intoxication* qui paraît agir sur le système nerveux central ou périphérique, sans qu'on puisse cependant démontrer l'existence d'une lésion matérielle appréciable. De ce nombre, sont les paralysies alcooliques, saturnines, mercurielles, etc; ; nous négligeons ici à dessein les paralysies plus spécialement périphériques.

Ces paralysies nerveuses ont été peu étudiées jusqu'à ce jour, de sorte que les matériaux manquent presque complètement à la science, surtout pour plusieurs d'entre elles. Il faudrait donc commencer par composer l'histoire de chacune d'elles, à l'aide d'observations nouvelles, avant de pouvoir se livrer, avec quelques détails, au travail de comparaison que nous avons en vue. Aussi serons-nous obligé de nous borner à quelques considérations générales, en insistant plus particulièrement sur les paralysies les mieux connues et d'ailleurs les plus fréquentes, et glissant plus légèrement sur les autres qui ont d'ailleurs moins d'importance, relativement au sujet qui nous occupe.

Les paralysies *épileptiques* et *hystériques*, quoique assez fréquentes et assez importantes, ont cependant très peu fixé l'attention. On est même en droit de s'étonner de la négligence apportée jusqu'ici dans leur étude, Elle paraît devoir être attribuée soit à leur caractère fréquemment temporaire, soit à la préoccupation trop exclusivement anatomique des esprits. On répugnait, en effet, à les envisager comme symptômes des affections au milieu desquelles elles se produisent, et lorsqu'on les observait, on était toujours tenté de les rapporter à une lésion du système nerveux central, et partant à les considérer comme une complication accidentelle.

Les paralysies épileptiques et les paralysies hystériques, si elles étaient étudiées avec soin, présenteraient probablement entre elles des différences assez nombreuses; néanmoins, comme elles offrent un certain nombre de ressemblances au point de vue du parallèle qui nous occupe ici, nous croyons pouvoir les réunir dans un même paragraphe. Un petit nombre d'auteurs en ont fait l'objet d'une étude spéciale et détaillée ; cependant il est quelques caractères qui paraissent leur appartenir en propre, et qui sont bien connus des praticiens. Ces paralysies sont en général partielles, souvent bornées à un membre ou à un côté du corps ; elles surviennent presque

toujours après une attaque, persistent ordinairement pendant peu de temps, quelques heures, par exemple, ou quelques jours; elles cessent brusquement pour reparaître de même, souvent sans causes appréciables. Produites par une attaque, elles disparaissent fréquemment sous l'influence de l'attaque suivante; ou bien dissipées peu de temps après une attaque, elles se reproduisent dans la même partie du corps, aux attaques subséquentes. En résumé, elles sont presque toujours temporaires, mobiles, irrégulières dans leur mode de production et leur marche, et brusques dans leur apparition et leur disparition; elles participent, en un mot, des caractères de tous les symptômes nerveux. Jusque-là certainement ces paralysies ne présentent presque aucune analogie avec les paralysies générales; mais on nous semble avoir trop oublié que si tel est le caractère habituel de ces paralysies nerveuses, il en est quelques-unes au contraire qui, par suite de la longue durée de la maladie, de la reproduction fréquente du même accident dans la même partie du corps, ou de toute autre circonstance difficile à apprécier, sont plus étendues, plus générales, moins mobiles, et beaucoup plus durables que celles dont nous venons de parler. La confusion de ces paralysies avec la paralysie générale, dans un moment donné, devient alors plus facile à comprendre et mérite d'être signalée, surtout si l'on ajoute que, dans certains cas, l'existence concomitante de l'embarras de la parole et d'un trouble plus ou moins passager de l'intelligence peut rendre encore cette erreur plus facile. Relativement à l'épilepsie surtout, la longue durée possible des paralysies qui succèdent aux attaques, l'embarras de la parole, assez fréquent après les accès, signalé par tous les auteurs qui se sont occupés de l'épilepsie, et en particulier par Esquirol (1) le trouble de l'intelligence, qui, souvent aussi, succède aux attaques, peuvent faire croire quelquefois à l'existence d'une paralysie générale; on peut même affirmer, sans crainte de se tromper, que cette erreur de diagnostic doit avoir lieu assez fréquemment dans les asiles d'aliénés. Dans l'hystérie même, où la mobilité plus grande des phénomènes semblerait devoir rendre toute erreur impossible, il est quelques cas rares où la paralysie est générale et dure assez longtemps, comme Lan-

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris, 1838; article *Epilepsie*.

douzy en a rapporté quelques exemples très curieux. Cet auteur manifeste même (1) l'étonnement qu'il a éprouvé en voyant l'hystérie passée sous silence dans le diagnostic de la paralysie générale incomplète. Les paralysies hystériques et surtout épileptiques peuvent donc, dans quelques cas exceptionnels, devenir causes d'erreur dans le diagnostic de la paralysie générale. Mais il nous suffit de signaler la possibilité de cette erreur, pour qu'elle devienne par cela même facile à éviter. Les symptômes et la marche de ces deux affections diffèrent en effet trop profondément de ceux de la folie paralytique, pour que l'examen attentif du malade et de ses antécédents ne suffise pas pour éclairer complètement le diagnostic.

Deux autres états maladifs doivent encore être mentionnés, à des points de vue divers, dans leur rapport possible avec la paralysie des aliénés; nous voulons parler de la *chorée* ainsi que du *tremblement nerveux* et *du tremblement des vieillards.*

Relativement à la *chorée*, nous n'avons qu'à rappeler qu'il peut se produire dans cette maladie des paralysies plus ou moins générales et plus ou moins durables.

Quant au *tremblement nerveux*, il est certain qu'il représente un des symptômes de la paralysie générale, et surtout de certaines formes de paralysie générale, principalement au début. Mais tout en admettant l'existence d'un léger tremblement, surtout des bras, dès les premiers temps de la paralysie générale, nous croyons ce symptôme plus rare qu'on ne le dit ; dans tous les cas, il est ordinairement si peu prononcé qu'il peut bien avoir de l'importance aux yeux de l'observateur attentif, mais qu'il diffère essentiellement du tremblement nerveux et surtout du tremblement des vieillards, qui est en général saillant à la première vue, continu, et qui consiste dans un ébranlement manifeste et constant de toutes les parties du corps et principalement de la tête. Aussi concevons-nous difficilement comment M. Baillarger a pu songer à confondre le tremblement des vieillards, même comme symptôme, et à plus forte raison comme maladie, avec la paralysie générale des aliénés. Nous pensons même que lorsqu'on constate chez un adulte un tremblement

(1) Landouzy, *Traité de l'hystérie*, p. 105.

nerveux très marqué de toutes les parties du corps, lié d'ailleurs à d'autres symptômes qui pourraient faire croire à l'existence d'une paralysie générale, on doit songer à la possibilité d'une influence alcoolique, et que ce soupçon est souvent vérifié par l'observation ultérieure; les variétés de paralysie générale accompagnée de tremblement manifeste et universel, dès le commencement de la maladie, nous paraissent rares et exceptionnelles.

Après cet aperçu sur les maladies nerveuses qui peuvent donner lieu à des paralysies méritant d'être soigneusement distinguées de la paralysie générale des aliénés, nous arrivons à une partie plus importante encore de notre sujet, parce que les confusions y sont plus faciles et plus fréquentes; nous voulons parler des paralysies produites par diverses intoxications lentes et chroniques qui offrent souvent, par leurs symptômes et par leur longue durée, de véritables ressemblances avec la maladie qui nous occupe. Nous n'avons certainement pas l'intention de mentionner ici, même en passant, toutes les intoxications qui peuvent donner lieu à des phénomènes paralytiques ; nous ne nous occuperons que des plus importantes et de celles qui peuvent le plus souvent devenir causes d'erreur : les paralysies saturnines, mercurielles, et alcooliques.

8° *Paralysies saturnines.*

Ces paralysies sont assez connues pour que nous n'ayons pas à en présenter ici l'histoire, même abrégée. Cependant, tandis que l'on a fixé l'attention sur les paralysies partielles et principalement sur celles des muscles de l'avant-bras, qui sont certainement les plus fréquentes, on a beaucoup trop négligé, selon nous, les paralysies plus générales qui se produisent de temps en temps dans les intoxications saturnines chroniques, ainsi que l'embarras de la parole qui peut survenir aussi dans une intoxication, même moins avancée. Tanquerel des Planches (1) note, il est vrai, quinze fois l'embarras de la parole sur une centaine d'observations environ; mais cette proportion nous paraît un peu faible, relativement à la totalité des empoisonnements saturnins, et semble plutôt basée sur

(1) Tanquerel des Planches, *Maladies de plomb*, 1839.

un relevé de cas récents, au lieu de porter en même temps sur les cas plus chroniques qui ont davantage échappé à l'attention des observateurs. Elle prouve du moins que l'embarras de la parole peut exister dans l'empoisonnement par le plomb, et que, par conséquent, il doit être signalé comme cause d'erreur dans le diagnostic de la paralysie générale des aliénés.

Quant à la paralysie générale saturnine, elle a été moins étudiée encore que l'embarras de la parole, quoique quelques auteurs en aient parlé et en aient même cité des exemples. Cette lacune de la science tient, selon nous, à ce que l'on suit rarement les intoxications saturnines jusqu'à la fin de la maladie, excepté dans les cas où il survient des accidents graves pour lesquels le médecin est appelé, comme, par exemple, les attaques épileptiformes et le délire. Elle nous paraît tenir également à ce que, dans les cas où les médecins se trouvent en position d'observer une paralysie générale saturnine, ils sont disposés à ne tenir compte, dans le diagnostic, que du fait de la paralysie générale, sans remonter à sa cause et à sa nature. Ils se bornent alors à classer ces faits parmi les paralysies générales, au lieu de les considérer comme des exemples d'une paralysie de nature spéciale. La confusion devient plus facile et plus inévitable encore dans l'état actuel de la science, lorsqu'une sorte d'oblitération de l'intelligence, comme celle que produit quelquefois un empoisonnement saturnin très prolongé, vient se joindre à cette paralysie générale. On rencontre de temps en temps des cas de ce genre, que l'on se contente de faire figurer parmi les démences avec paralysie, sans remonter dans l'histoire de ces malades pour y rechercher la marche particulière de leur affection. L'observation de la dernière période, détachée ainsi de tous les antécédents, prête évidemment à une confusion difficile à éviter. MM. Calmeil, Esquirol, etc., ont fait figurer, il est vrai, le plomb, ainsi que le mercure et l'alcool, parmi les causes possibles de la paralysie des aliénés. M. Delasiauve (1), a également cherché à diviser la paralysie générale des aliénés d'après ses causes, et il a admis une variété saturnine. C'est déjà un pas accompli dans la voie dont nous parlons ; c'est même une preuve à l'appui de l'opinion que nous venons d'émettre ;

(1) Delasiauve, *Annales médico-psychologiques;* 1851.

mais il est bien différent, selon nous, de faire figurer le plomb parmi les causes d'une maladie aussi nettement caractérisée dès le début que l'est la folie paralytique, ou d'admettre, d'un autre côté, que l'intoxication saturnine peut donner lieu à une paralysie générale, différant, par l'ensemble de ses symptômes et par sa marche, de la folie paralytique, et méritant d'être décrite séparément sous le nom de paralysie générale saturnine.

Il est sans doute possible d'admettre que des individus, ayant longtemps employé les préparations saturnines, se trouvent atteints ultérieurement de folie paralytique bien caractérisée. Mais il ne faut pas confondre, ce nous semble, ces faits très exceptionnels, s'ils existent, avec les faits de la véritable paralysie générale saturnine, dans lesquels la différence totale des symptômes et de la marche se trouve réunie à la différence de la cause pour constituer une espèce spéciale. Nous avons, pour notre part, observé deux faits de paralysie générale, qui nous ont paru dépendre d'une intoxication saturnine. Dans l'un, il existait une paralysie complète du mouvement de toutes les parties du corps, qui ne présentait pas d'analogie véritable avec la paralysie des aliénés; nous le rappellerons ici, uniquement pour montrer jusqu'où peut conduire la réunion de faits dissemblables, sous le nom vague de *paralysie générale*. L'autre, au contraire, offrait une extrême analogie avec les faits rapportés sous le nom de paralysie générale sans délire, et méritera de nous arrêter plus longtemps.

La première observation est celle d'un jeune homme qui, d'abord atteint de paralysie saturnine des muscles extenseurs des avant-bras, fut vainement traité en 1849 par l'électricité et la cautérisation transcurrente dans le service de Bricheteau, au n° 49 de la salle Saint-Ferdinand à l'hôpital Necker ; il revint un an après, dans le même service, atteint d'une paralysie complète des bras, des jambes et du tronc. Cette paralysie était si prononcée qu'elle le contraignait à garder le lit et l'empêchait même de se maintenir sur son séant. Il mourut presque subitement peu de temps après cette seconde entrée à l'hôpital ; et à l'autopsie, nous trouvâmes un ramollissement de la partie supérieure de la moelle.

On voit que ce fait n'a rien d'absolument concluant relativement à la nature saturnine de la paralysie générale. L'action du plomb,

qui avait été évidente autrefois et qui l'était encore sous plusieurs rapports, était-elle pour quelque chose dans la production de cette paralysie générale, ou même du ramollissement de la moelle? ou bien cette paralysie était-elle due uniquement à ce ramollissement, qui serait venu compliquer la maladie saturnine primitive? C'est là une question très difficile à résoudre, avec les documents incomplets de cette observation? Je ne mentionne ici ce fait que comme exemple curieux d'une forme particulière de paralysie générale qui peut survenir dans l'intoxication saturnine chronique. Je rapporterai plus loin une observation beaucoup plus intéressante et plus en rapport avec mon sujet et que j'ai recueillie également à l'hôpital Necker (observation 7).

La première question que l'on s'adressera après avoir lu cette observation sera celle de savoir si elle est réellement un exemple de paralysie générale saturnine, et, si, en la citant sous ce titre, je n'ai pas arbitrairement attribué à cette cause une influence exagérée. La plupart des médecins y verront probablement une paralysie générale sans délire, analogue à plusieurs faits cités dans ces derniers temps comme exemples de cette maladie, en particulier par Lunier, Brierre de Boismont et Sandras. Je suis loin de contester l'analogie qui existe entre cette observation et plusieurs de celles relatées par ces auteurs, sous le titre de paralysie générale progressive. C'est précisément à cause de cette analogie que j'insisterai sur les détails de l'observation propres à la faire classer, avec assez de probabilité, parmi les paralysies saturnines, afin de prouver que l'on tend à réunir aujourd'hui, sous le nom de paralysie progressive, des faits appartenant en réalité à des maladies différentes.

On m'objectera probablement que n'ayant pas suivi le malade jusqu'à la fin, je ne puis affirmer que le délire, et même le délire spécial, n'est pas survenu plus tard ; on ajoutera que n'ayant pas fait l'autopsie, je ne puis affirmer la non-existence d'une autre affection, et par exemple d'une lésion appréciable du cerveau ou de la moelle. Mais, d'une part, la longue durée de la maladie, depuis son début jusqu'au moment où j'ai observé le malade, me paraît une forte présomption en faveur de la non-existence d'un début sans délire de folie paralytique; d'autre part, l'examen détaillé des symptômes et de la marche de la maladie, chez le sujet de cette observation, me

semble plaider fortement en faveur de l'idée d'une paralysie générale saturnine.

La paralysie saturnine généralisée, mérite, selon moi, de devenir l'objet de nouvelles recherches, si l'on veut enfin sortir de la confusion dans laquelle on se trouve aujourd'hui, en classant indistinctement sous le nom de *paralysie progressive* des faits très divers entre eux, en dehors du seul symptôme commun de la paralysie, et qui doivent appartenir en réalité à des maladies différentes. Je sens combien cet exposé rapide, relativement aux paralysies générales saturnines, présente de lacunes ; mais je pense qu'après les faits et réflexions qui précèdent, on ne contestera pas du moins l'existence de paralysies générales produites sous l'influence de l'intoxication saturnine, et partant la nécessité de les étudier, afin de chercher à les différencier de la paralysie des aliénés. Pour ma part, je me bornerai à en appeler ici, pour établir ce diagnostic, aux signes généraux de l'empoisonnement par le plomb, tels que les coliques et les vomissements antérieurs, la teinte cachectique de la peau, le liséré blanchâtre des gencives, la coloration des dents, l'anesthésie plus ou moins étendue, etc. J'invoquerai en outre, comme pour les maladies précédentes, les signes tirés de la paralysie générale saturnine, c'est qu'elle commence par être partielle et ne se généralise que petit à petit ; c'est surtout qu'elle consiste, dès le début, en une paralysie véritable, c'est-à-dire complète ou presque complète. Les malades empoisonnés par le plomb flottent souvent pendant longtemps, comme le dit avec raison Sandras, entre la paralysie partielle et la paralysie générale ; de plus, ils éprouvent une grande difficulté à soulever leurs bras, à remuer leurs jambes : il y a chez eux faiblesse très prononcée du système musculaire, et non simple irrégularité des mouvements.

9° *Tremblement mercuriel.*

Le tremblement mercuriel, produit par une intoxication lente, chez les ouvriers doreurs et étameurs de glaces, et rarement par l'administration du mercure sous une autre forme, a été signalé par beaucoup d'auteurs. C'est un fait parfaitement acquis à la science ; mais il a été peu étudié dans ses détails et surtout dans ses caractères

différentiels avec les autres tremblements et avec les paralysies. Il nous est donc impossible, n'ayant pas eu occasion d'en observer nous-même, de nous livrer à un travail comparatif entre les accidents mercuriels et la maladie qui nous occupe ; nous nous bornerons à les signaler ici comme cause d'erreur dans le diagnostic de la paralysie générale. D'après les caractères, peu nombreux il est vrai, attribués aux accidents mercuriels, il est évident qu'ils ressemblent, sous certains rapports, à quelques-uns des symptômes de la paralysie générale ; ils peuvent par conséquent devenir quelquefois un obstacle, dans le diagnostic de cette maladie, surtout si on le base presque exclusivement sur les phénomènes paralytiques, et non sur la considération de tous les symptômes envisagés dans leur mode de réunion et de succession naturelles. Nous ajouterons d'ailleurs, comme nous venons de le dire à l'occasion du plomb, qu'il faut distinguer soigneusement entre l'action du mercure, considérée d'une manière très contestable, comme cause éloignée de la paralysie des aliénés, et les paralysies véritablement mercurielles produites par l'action de ce métal sur l'économie, lesquelles ont un cachet spécial, méritent d'être étudiées isolément, et malgré l'analogie de quelques symptômes, ne peuvent être considérées comme identiques à la maladie dont nous parlons.

10° *Paralysies alcooliques.*

Le sujet que nous abordons maintenant est peut-être le plus important de tous ceux que nous avons traités jusqu'à présent. Ces paralysies, encore peu connues, sont certainement celles qui ressemblent le plus à la paralysie générale, celles qu'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique et celles qui ont été le plus souvent confondues avec la paralysie des aliénés. Nous ne voulons pas parler seulement ici du tremblement alcoolique, signalé par tous les auteurs comme symptôme presque constant du *delirium tremens;* il peut bien, au même titre que le tremblement mercuriel et le tremblement des vieillards, figurer parmi les causes d'erreur du diagnostic de la paralysie générale. Plusieurs médecins ont déjà attiré sur lui l'attention sous ce rapport, en appelant au temps pour décider la question dans les cas douteux. Ce symptôme a en

effet une durée ordinairement temporaire et un caractère intermittent comme la maladie dont il dépend. Mais les faits qui prêtent davantage à la confusion, et dont le diagnostic différentiel est plus difficile à établir qu'on ne le croit généralement, ce ne sont pas les faits de *delirium tremens* aigu, avec tremblement ou même avec embarras de la parole, ce sont les accidents plus réellement paralytiques, produits lentement par une intoxication alcoolique passée à l'état chronique. Ces faits, jusqu'ici peu étudiés, sont cependant assez fréquents, mais on en méconnaît généralement la véritable nature. On les confond, tantôt avec les cas aigus, sous le nom de *delirium tremens*, ou même sous celui de *delirium tremens chronique ;* tantôt avec d'autres aliénations mentales, sous les noms de *manie* ou de *démence*, lorsque les troubles psychiques prédominent, ou bien avec la *paralysie générale des aliénés*, lorsque les signes physiques et moraux coïncident ; tantôt avec les paralysies progressives sans délire ou d'autres espèces de paralysies, quand les accidents paralytiques existent seuls. Ils mériteraient certainement de devenir l'objet d'une étude particulière, soit par eux-mêmes, soit relativement à la question qui nous occupe. Cette lacune de la science a été en partie comblée par un ouvrage très intéressant et plein de faits bien observés, publié par le Dr Magnus Huss, professeur de clinique médicale, et médecin d'un grand hôpital à Stockholm (1). Cet ouvrage, auquel on pourrait peut-être reprocher, comme à la plupart des monographies, d'avoir trop étendu le cercle des accidents alcooliques, est conçu dans un esprit d'observation sévère et délicate, qui en rend la lecture très utile au point de vue du sujet que nous traitons. Le Dr Lasègue a fait suivre le compte rendu qu'il a donné de ce livre (2), de quelques pages de diagnostic différentiel, pleines d'intérêt, puisées dans ses propres observations, et auxquelles nous ferons de nombreux emprunts.

Pour comprendre combien il est facile, dans la pratique, de confondre les paralysies alcooliques avec la paralysie générale des aliénés, surtout débutant sans délire, il suffit d'avoir observé quelques

(1) Magnus Huss, *Alcoholismus chronicus*, Stockholm, 1852.
(2) Lasègue, *Archives générales de médecine*, 1852.

cas de paralysie alcoolique. J'en cite, à la fin de ce travail, trois exemples qui me semblent plus propres à faire ressortir les analogies et les différences que toutes les réflexions auxquelles je pourrais me livrer. Lorsqu'on a parcouru d'ailleurs les nombreuses observations consignées par le Dr Huss, on est facilement convaincu des analogies qui existent entre ces paralysies et la paralysie des aliénés, surtout au début. Je me bornerai à faire ici un tableau abrégé de la série des accidents paralytiques qui peuvent survenir à la suite d'un long abus des boissons alcooliques, tel qu'il résulte pour moi de la lecture de l'ouvrage du Dr Huss, et de mes propres observations.

Le premier phénomène qui se produit habituellement chez ceux qui ont longtemps abusé de l'alcool, c'est le *tremblement des mains et des bras*, tremblement ordinairement plus manifeste le matin que le soir, plus saillant aussi après des excès nombreux, ou bien également après une privation de quelques jours du stimulant auquel l'organisme est habitué, chose d'ailleurs constatée par tous les observateurs. Pendant longtemps, ce tremblement, plus ou moins prononcé selon les instants, est le seul symptôme produit par l'abus des liqueurs alcooliques ; il est, en effet, beaucoup d'ivrognes qui ne vont pas plus loin dans la série des accidents nerveux. Le plus souvent cependant, il survient aussi chez eux des céphalalgies, des pesanteurs de tête, des vertiges et des éblouissements, qui obscurcissent de temps en temps la vue des malades, et les obligent même à s'appuyer sur un objet voisin, pour se prémunir contre une chute qui leur paraît imminente ; ils éprouvent également quelquefois des bourdonnements d'oreille. Chez quelques-uns, enfin, on voit aussi se produire, dès cette époque, des troubles dans les fonctions du canal digestif, de la diminution dans l'appétit, des aigreurs, enfin des vomissements muqueux et blanchâtres assez abondants, surtout le matin. Ce degré de l'alcoolisme, désigné par le Dr Huss sous le nom de *forme prodomique*, peut exister seul pendant longtemps ; mais chez quelques individus, les excès venant à continuer ou même à augmenter, on voit survenir les premiers phénomènes appartenant à la *forme de l'intoxication alcoolique réellement paralytique*, ainsi que l'appelle le Dr Huss. Alors il se produit des fourmillements dans les membres inférieurs et supérieurs (phénomène très fréquent), des engourdissements dans les doigts et les orteils, des

crampes, des douleurs de diverses natures dans la continuité des membres, mais surtout dans les extrémités ; enfin, le malade finit par ressentir un certain degré de faiblesse dans les bras et les jambes; il s'aperçoit que ses doigts remplissent moins bien leurs fonctions, que les mouvements en sont moins précis et moins délicats, qu'ils éprouvent de la difficulté à soulever et à serrer les objets : la sensibilité, à son tour, devient émoussée et obtuse, et les mains ne perçoivent plus aussi nettement la sensation des objets.

Tous ces phénomènes de faiblesse musculaire, d'anesthésie, d'engourdissements, de fourmillements, de douleurs, ont lieu principalement dans les extrémités. Aux membres supérieurs, ils se produisent surtout dans les doigts, les mains, les avant-bras, et il est même remarquable qu'ils remontent rarement au-dessus du coude. Aux membres inférieurs, les mêmes symptômes se produisent également dans les jambes jusqu'aux genoux. Il existe de plus un sentiment de faiblesse musculaire dont le malade a conscience ; lorsqu'il veut marcher, il sent ses genoux faiblir sous lui ; sa marche devient moins précise, plus vacillante ; il ressent rapidement la fatigue: du reste, on observe dans les membres inférieurs, les mêmes troubles de la sensibilité que dans les bras. En même temps, la tête devient également le siège de phénomènes anormaux ; les étourdissements, les vertiges et les éblouissements, deviennent plus fréquents et plus intenses; la vue s'affaiblit; de temps en temps même elle s'obscurcit tout à coup ; de plus, le malade voit souvent passer devant ses yeux des mouches volantes, des éclairs et de petits objets scintillants, semblables à des insectes, illusions dont il a parfaitement conscience ; enfin, pendant la nuit, le sommeil est fréquemment agité par des rêves effrayants et des cauchemars. Tel est le premier degré de la paralysie alcoolique ; mais, les excès se renouvelant toujours, la maladie peut s'aggraver encore, et c'est alors qu'elle revêt les caractères tranchés de la paralysie, et que le malade se présente ordinairement à l'observation du médecin.

La *paralysie* conserve les caractères que nous venons d'énumérer, mais ils sont plus intenses. Le malade éprouve de la difficulté à se tenir sur ses jambes et à marcher pendant un certain temps, sans être exposé à tomber; les bras ont de la peine à soulever et à serrer les objets ; la sensibilité est très émoussée et même presque

éteinte dans les extrémités des pieds et des mains ; le tremblement est général et très marqué ; enfin, les troubles et les illusions de la vue sont très fréquents, plus intenses, et peuvent même être portés jusqu'à un commencement de délire. Dans d'autres cas, enfin, il y a eu antérieurement chez le malade un ou plusieurs accès de *delirium tremens*, ou bien, dans le moment même où le médecin l'examine et observe les phénomènes paralytiques, il constate en même temps un trouble plus ou moins manifeste de l'intelligence.

Ce désordre peut se produire, soit sous la forme d'obtusion ou de stupeur plus ou moins marquée, soit sous celle de subdelirium léger et intermittent, incohérent dans certains moments, et assez suivi dans d'autres ; il est principalement caractérisé par des illusions et des hallucinations de la vue, des frayeurs et des craintes incessantes, de l'hébétude, de l'absence de conscience du lieu où l'on se trouve, des idées de persécution, et souvent même de la panophobie.

Cette description des principaux symptômes des paralysies alcooliques, accompagnées ou non de trouble de l'intelligence, suffit pour faire sentir combien, dans certains cas, le diagnostic entre cette maladie et la paralysie doit être difficile, dans l'état actuel de la science.

Qui ne voit, en effet, dans ce tableau de l'alcoolisme chronique, une ressemblance extrême avec certains traits attribués par plusieurs auteurs modernes à la paralysie progressive avec ou sans délire ? Aussi accordera-t-on facilement qu'on a dû souvent confondre ces deux maladies ; quelques auteurs mêmes prétendent que cette confusion doit avoir lieu. Lunier, par exemple, dit qu'un médecin belge a décrit sous le nom de *delirium tremens chronique* une maladie qui n'est évidemment que la paralysie générale progressive, encore peu connue à l'étranger ; d'ailleurs, parmi les faits qu'il cite lui-même comme exemples de paralysie progressive, il y en a un au moins (1) qui, d'après les détails mêmes de l'observation, paraît devoir rentrer dans le cadre des paralysies alcooliques, autant du moins qu'il est possible de juger de la nature exacte d'un fait alors que l'on n'a pas eu soi-même le malade sous les yeux. D'un autre

(1) Lunier, Obs. 2.

côté, le Dr Huss, qui signale cette erreur commise par M. Lunier, me paraît tomber dans un excès contraire, en disant que la plupart des faits rapportés sous le nom de *paralysie progressive sans délire* ne sont probablement que des paralysies alcooliques ; il cite, du reste, lui-même, comme exemple de paralysie alcoolique avec trouble de l'intelligence, deux ou trois observations empruntées à des asiles d'aliénés, et qui me paraissent devoir rentrer légitimement dans le cadre de la folie paralytique, malgré l'existence d'excès alcooliques qui doivent figurer simplement, selon moi, comme cause de la maladie.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations variées de faits particuliers, dans les détails desquels nous ne pouvons entrer ici, cette variété d'interprétation même est utile à constater pour prouver que, non seulement la confusion est possible entre la paralysie générale et la paralysie alcoolique, mais qu'elle a dû souvent avoir lieu. Or cette erreur est fâcheuse à tous les points de vue. Elle est fâcheuse au point de vue de la science et de la description exacte de ces deux affections, auxquelles on emprunte aujourd'hui indistinctement certains signes pour les faire figurer comme caractères d'une maladie nouvelle, la paralysie progressive, que l'on ne décrit souvent comme unité distincte, qu'en la constituant à l'aide d'éléments empruntés à des états et à des maladies diverses. Cette erreur est encore plus déplorable au point de vue de la pratique. La distinction, en effet, est de la plus haute importance pour le pronostic, puisque les paralysies alcooliques n'ont ni la même marche ni la même gravité que la paralysie des aliénés. En effet, elles sont intermittentes, guérissent souvent rapidement par la simple privation des boissons, ne se reproduisent que sous l'influence de nouveaux abus, enfin ne conduisent pas fatalement, et dans un temps donné, les malades à la démence, à l'incurabilité et à la mort.

Enfin cette erreur est encore plus fâcheuse pour le traitement, puisque les paralysies alcooliques étant curables, peuvent être traitées avec espoir de guérison, tandis que, jusqu'à présent du moins, la paralysie des aliénés a résisté à tous les moyens thérapeutiques. Dans tous les cas d'ailleurs, la nature des deux maladies étant différente, le traitement devrait très probablement différer également. La distinction pratique entre ces deux espèces de paralysies est donc néces-

saire. Aussi croyons-nous devoir dire quelques mots des signes différentiels qui nous paraissent pouvoir être établis entre elles, et que nous empruntons au Dr Huss, et surtout au Dr Lasègue, ou que nous puisons dans nos propres observations. Nous croyons devoir insister ici principalement sur les signes psychiques, qui ont été trop négligés et qui, suivant nous, sont loin d'être sans valeur, comme le prétendent certains auteurs. Nous diviserons cet examen en *signes physiques*, *signes psychiques*, et *signes tirés de la marche*.

Signes physiques. — Plusieurs symptômes de l'alcoolisme chronique ressemblent à ceux de la paralysie générale au début. Nous chercherons les moyens de diagnostic, soit dans l'existence de quelques signes propres à chacune de ces affections, soit plutôt dans les différences que présentent chacun des signes communs aux deux maladies. La *paralysie* est, dans les deux cas, incomplète et atteint à la fois la plupart des parties du corps, mais elle offre plusieurs caractères différentiels. Dans l'alcoolisme, elle commence ordinairement par les extrémités des doigts, des orteils, qui sont d'abord engourdis et inhabiles avant d'être réellement affaiblis ; elle gagne ensuite les mains et les avant-bras jusqu'aux coudes, et les pieds et les jambes jusqu'aux genoux, le plus souvent, elle se limite dans ces points qui deviennent aussi ordinairement le siège des divers désordres de la sensibilité, dont nous parlerons tout à l'heure. Dans la paralysie générale, au contraire, les lésions de la motilité, à des degrés divers, existent dans toute l'étendue du membre, et surtout ne débutent pas exclusivement par les extrémités. La paralysie est d'ailleurs différente non seulement par son siège, mais par ses caractères, à la période où l'erreur est la plus facile entre ces deux maladies.

Dans la paralysie des aliénés, en effet, ainsi que l'a très bien fait remarquer le Dr Lasègue, la lésion de la motilité consiste beaucoup plus, au début, dans une irrégularité des mouvements, avec saccades et violence d'impulsion, que dans une véritable débilité. La paralysie alcoolique, au contraire, consiste réellement dans la faiblesse : les bras ne peuvent soulever un fardeau et peuvent difficilement serrer les objets ; le malade éprouve de la difficulté à écrire, à travailler ; les jambes ont de la peine à soutenir le poids du corps, et le malade sent ses genoux faiblir sous lui ; il répugne à marcher, dans la

crainte de ne pouvoir plus se soutenir, et il a de la tendance à s'appuyer sur les objets voisins, pour éviter une chute qui lui paraît imminente; il éprouve, en un mot, un sentiment de faiblesse radicale. D'ailleurs, cet affaiblissement existe au même degré dans les bras et dans les jambes, souvent même commence par les bras, tandis que, dans la paralysie générale, si un tremblement très peu marqué des bras est un des premiers indices de la maladie, il n'en est pas moins vrai que la prédominance de débilité dans les jambes, signalée par M. Calmeil, reste généralement exacte. Le tremblement lui-même peut fournir des signes différentiels importants; c'est ordinairement le premier signe de la paralysie alcoolique; il est constant, très marqué, visible à première vue, et porte sur toutes les parties du corps à la fois; tandis que, dans la paralysie générale, il manque souvent, est, dans presque tous les cas, à peine sensible, excepté pour un observateur exercé, n'existe guère que dans les bras, les jambes, la langue et la lèvre supérieure, ne se montre pas à la tête et au tronc, dans tous les cas, ne se manifeste pas par une trémulence générale, imprimant une secousse à tous les corps avec lesquels le malade se trouve en contact.

Le tremblement de la langue peut exister dans les deux cas, mais il est ordinairement plus marqué et beaucoup plus saillant chez les sujets soumis à l'intoxication alcoolique que chez les aliénés paralytiques. C'est précisément l'inverse pour l'embarras de la parole, qui ne paraît pas du tout en rapport, comme on le croit généralement, avec le tremblement de la langue et des lèvres. Ce signe, si caractéristique et si essentiel dans la paralysie des aliénés, manque très souvent, au contraire, dans l'intoxication alcoolique, malgré un tremblement très marqué de la langue et des lèvres, et lorsqu'il existe, ce qui arrive de temps en temps, il a des degrés d'intensité plus variables d'un moment à l'autre, et est beaucoup plus intermittent.

Après ces caractères différentiels tirés des lésions des mouvements, il en est d'autres qui dérivent des *lésions de la sensibilité*. Le plus important de tous réside dans l'anesthésie, qui accompagne presque toujours, à un degré très marqué, les troubles des mouvements dans l'alcoolisme; elle en suit en quelque sorte les degrés, depuis le simple engourdissement jusqu'à l'émoussement, à l'obtusion et

presque à l'abolition de sensibilité dans les parties qui sont le siège de l'affaiblissement musculaire, c'est-à-dire principalement dans les mains, les pieds, les avant-bras et les jambes. Dans la paralysie générale, au contraire, à toutes les périodes, et même à la première, contrairement à l'opinion de De Crozant, dont quelques observations semblent même avoir porté sur des paralysies alcooliques, ce signe est beaucoup plus rare et beaucoup moins prononcé, si ce n'est peut-être dans quelques cas exceptionnels. Les autres troubles nerveux de la sensibilité ou de la motilité, qui se produisent surtout dans les parties paralysées, c'est-à-dire de préférence dans les extrémités, sont les fourmillements, les douleurs de diverses natures, les engourdissements, les crampes, les contractures momentanées et partielles, les convulsions et les mouvements spasmodiques, également partiels. Ces symptômes, presque constants dans l'alcoolisme bien confirmé, ainsi qu'on peut le voir dans les observations du Dr Huss, sont beaucoup plus exceptionnels dans les paralysies générales, même au début. Indépendamment des phénomènes nerveux qui surviennent dans les parties paralysées, il en est qui se passent dans une sphère plus immédiatement cérébrale, et qui peuvent aussi devenir très utiles pour le diagnostic différentiel des deux maladies.

Il peut sans doute exister, dans les deux cas, des vertiges et des étourdissements ; mais ils sont plus fréquents, plus constants, et se reproduisent à des intervalles beaucoup plus rapprochés dans l'alcoolisme. Ils consistent souvent en de simples éblouissements, et ne sont pas immédiatement suivis de la production ou de l'aggravation de plusieurs symptômes, comme cela a lieu dans la paralysie générale. D'ailleurs, lorsqu'ils sont portés à un plus haut degré, ils ont plutôt, dans l'alcoolisme, selon la judicieuse remarque du Dr Lasègue, le caractère de la syncope que celui de la congestion, qui est propre, au contraire, aux formes de la paralysie générale où ces étourdissements sont les plus fréquents. Dans les deux maladies également, il peut exister de la céphalalgie, mais elle est plus constante, plus pénible pour le malade et plus continue, dans l'alcoolisme ; d'ailleurs elle consiste en pesanteur de tête générale ou principalement frontale, tandis que dans la paralysie générale, la céphalalgie, lorsqu'elle existe, est presque toujours située au sommet de la tête. Mais, parmi les symptômes cérébraux, les signes

distinctifs les plus importants sont ceux qu'on peut tirer des troubles des sens et principalement de la vue. Tandis que chez les paralytiques, au début, ces troubles des sens sont très exceptionnels, on observe très fréquemment, au contraire, chez les individus soumis à l'intoxication alcoolique, avant même que la paralysie ne soit survenue, des bourdonnements d'oreille et des troubles variés de la vue, tels qu'éblouissements fréquents, obscurcissements de la vision, sensation d'un corps noir passant devant les yeux, ou bien, au contraire, éclairs, étincelles, objets scintillants avec affaiblissement manifeste de la vision. Le malade a parfaitement conscience de ces troubles des sens : il les accuse et même s'en afflige, comme nous allons le dire pour tous les autres phénomènes de sa maladie.

Pour terminer cet exposé rapide des signes distinctifs tirés de l'état physique, nous dirons enfin que chez les individus qui ont longtemps abusé des liqueurs alcooliques et qui sont dans l'état de paralysie dont nous parlons, il existe souvent des troubles assez marqués dans les fonctions du tube digestif et, en particulier, des vomissements muqueux, survenant principalement le matin, symptôme qui n'existe pas chez les paralytiques, dont les fonctions digestives sont parfaitement intactes et souvent même exagérées.

Signes psychiques. On a souvent contesté la possibilité de découvrir quelques traits caractéristiques dans les troubles intellectuels produits par l'intoxication alcoolique soit aiguë, soit chronique. On croit généralement aujourd'hui que cette recherche est vaine et stérile, puisqu'on retrouve chez ces malades les quatre formes principales de maladies mentales : la mélancolie, la monomanie avec hallucinations, la manie et la démence. On fait, en un mot, le même raisonnement qu'à propos de la folie paralytique nous avons cherché à réfuter précédemment. Ce n'est pas le lieu de traiter ici une question aussi importante, et nous ne pouvons entrer incidemment dans les détails qui seraient nécessaires pour l'élucider ; mais nous ne pouvons nous empêcher de signaler à grands traits les caractères psychiques les plus saillants, qui nous paraissent appartenir plus spécialement à l'intoxication alcoolique. Une première distinction indispensable et à laquelle on ne songe pas généralement, consiste à séparer, sous ce rapport, l'intoxication aiguë, ou delirium tremens proprement dit, de l'intoxication

chronique. Comme nous avons principalement en vue ici les accidents physiques chroniques, il semblerait que nous ne devrions nous occuper que des désordres également chroniques de l'intelligence qui les accompagnent souvent; mais d'abord, ces troubles ont été trop peu étudiés dans leurs détails, pour qu'on puisse en donner une description suffisamment exacte; d'ailleurs la connaissance des troubles aigus est indispensable pour le diagnostic. En effet, chez les individus atteints de paralysie alcoolique, il a presque toujours existé, à une période antérieure de leur affection, des accès de delirium tremens, dont le compte rendu fait par les parents ou les malades peut éclairer le médecin. De plus, les désordres chroniques de l'intelligence conservent souvent eux-mêmes, sans agitation, plusieurs des traits propres aux troubles aigus, et en sont en quelque sorte un diminutif. Au milieu même de l'état d'abrutissement intellectuel de la forme chronique, il s'intercale assez fréquemment, soit spontanément, soit sous l'influence de nouveaux excès, des phénomènes d'excitation qui rappellent ceux des périodes aiguës. Les liens qui existent entre les phénomènes de l'état aigu, ou delirium tremens proprement dit, et ceux de l'état chroniques ont donc si intimes, qu'il est presque impossible d'étudier les uns sans les autres.

Délire alcoolique aigu. — Je n'ai pas à décrire ici, même en abrégé, les symptômes les plus ordinaires du delirium tremens. On commence cependant à reconnaître que ce délire présente chez les divers sujets quelques caractères communs. M. Delasiauve a cherché à les faire ressortir, et il a indiqué plusieurs des symptômes qui permettent de le reconnaître (1). Comme dans le délire produit par les solanées vireuses, l'individu atteint de délire alcoolique aigu est dans un état d'agitation extrême et incessante, caractérisée surtout par la panophobie, la mobilité anxieuse, la crainte sous toutes ses formes, et les hallucinations nombreuses et effrayantes, principalement de la vue. Il va et vient dans tous les sens, se croit sans cesse poursuivi, se retourne à chaque instant, comme pour voir un homme ou un objet quelconque qui s'avance vers lui; il voit comme une fantasmagorie perpétuelle passer devant ses yeux et marcher à sa rencontre, et il recule d'épouvante. Les insectes, les animaux de

(1) Delasiauve, *D'une forme grave de delirium tremens aigu.* (*Revue médicale*, 1852.)

toutes sortes, les monstres les plus hideux et les plus terribles, le jettent dans une terreur panique, à laquelle il cherche à échapper, en se précipitant par la première issue qui se présente à lui. Il entend des détonations de coups de fusil ou de pistolet, des voix menaçantes qui le jettent dans la plus profonde terreur, ou bien il aperçoit des abîmes et des précipices ouverts sous ses pas. A ces symptômes d'excitation, se joignent de temps en temps, et succèdent presque toujours, des phénomènes de stupeur, d'hébétude, et d'obtusion des facultés intellectuelles; ces phénomènes deviennent de plus en plus marqués, à mesure que l'accès approche de sa fin, et durent jusqu'au moment où un sommeil très intense et souvent très prolongé vient terminer l'accès. Alors le malade conserve ordinairement, pendant quelque temps, un certain degré d'hébétude, d'affaissement physique et moral; enfin, le plus souvent, il n'a pas gardé le moindre souvenir de tous les faits qui se sont passés pendant son délire, quoique ses idées aient semblé assez nettes pendant ce temps et qu'il ait paru en avoir parfaitement conscience. Cette description rapide d'un accès de delirium tremens aigu ne suffirait pas pour donner une idée exacte des désordres intellectuels qui accompagnent souvent l'intoxication alcoolique chronique; mais elle en contient déjà plusieurs traits importants qui s'y retrouvent en quelque sorte en raccourci: par exemple, la disposition triste et craintive générale, les illusions et les hallucinations nombreuses et prédominantes de la vue, et enfin la stupeur et l'hébétude, qui seulement prédominent ici sur l'excitation.

Délire alcoolique chronique. — L'individu atteint de trouble de l'intelligence causé par une intoxication alcoolique prolongée est ordinairement dans un état d'hébétude plus ou moins prononcée, surtout dans le moment où les accidents physiques sont plus marqués, c'est-à-dire après un nouvel excès. Il éprouve surtout une diminution notable de la mémoire et peut même avoir oublié, dans le moment, les faits les plus importants de sa vie ou de sa maladie. Les idées sont obscurcies et le cours en est ralenti; souvent il peut encore comprendre la plupart des questions qu'on lui adresse, et ses idées sont même assez suivies; mais il présente une obtusion évidente des facultés intellectuelles; fréquemment aussi il a conscience de cet état de son intelligence, comme d'ailleurs de son

état physique. Presque toujours il s'en afflige, s'en préoccupe très péniblement, et présente une disposition hypocondriaque évidente ; il raconte avec complaisance, les divers phénomènes qu'il éprouve à tous ceux qui l'entourent, se soigne lui-même ou va consulter plusieurs médecins, ou bien, comme il le dit, cherche dans l'emploi de l'excitant qui lui est habituel le moyen d'éclaircir ses idées. D'autres phénomènes très fréquents à ce degré de l'alcoolisme chronique et très importants à signaler, ce sont les illusions et les hallucinations de la vue. Elles sont nombreuses, caractéristiques, et rappellent celles de l'état aigu ; le malade les apprécie le plus souvent à leur juste valeur, ce qui les différencie singulièrement des hallucinations des autres formes de maladies mentales, et ce qui pourrait même porter à penser qu'elles sont de simples sensations subjectives. Les malades voient devant eux, sur les murs, sur le sol ou sur les objets qui les environnent, une foule de petits objets scintillants, des insectes, des animaux variés, des serpents ou d'autres objets mobiles et effrayants ; ils éprouvent surtout ces phénomènes pendant la nuit alors qu'ils sont éveillés, mais ils les ressentent aussi fréquemment en plein jour. Indépendamment de ces fausses perceptions de la vue, qui peuvent être très variées et dont le malade a conscience, il se produit aussi très souvent chez eux des rêves nombreux et des cauchemars pendant le sommeil, qui peuvent être difficiles à distinguer des hallucinations de la veille, mais qui sont également très fréquents et très caractéristiques de cette forme de l'intoxication alcoolique. Ils existent chez ces malades alors même qu'il n'y a pas encore d'autres manifestations du trouble de l'intelligence, ou bien en même temps que les hallucinations et le degré modéré d'hébétude dont nous venons de parler. Tels sont les troubles de l'intelligence qui accompagnent le plus ordinairement les phénomènes physiques dont nous avons parlé précédemment. Il est juste d'ajouter cependant que, dans un certain nombre de cas, les traits en sont encore plus nettement accusés ; on observe alors de temps en temps des désordres intellectuels qui se rapprochent beaucoup plus du délire agité, incohérent et complet des premières périodes, ou bien une sorte d'abrutissement qu'on peut comparer aux démences les plus avancées. Ces phénomènes ne sont que l'exagération de ceux que nous avons décrits précédemment, et ils peuvent

tous se résumer par les mots d'agitation anxieuse ou craintive et d'hébétude ou de stupeur plus ou moins prononcée.

Nous nous sommes étendu longuement sur les désordres particuliers de l'intelligence qui surviennent dans l'alcoolisme aigu ou chronique, parce qu'ils sont généralement peu connus, et parce qu'ils nous paraissent pouvoir être utiles dans le diagnostic entre cette maladie et la paralysie générale des aliénés. Il suffit, dans ce but, de les opposer à ceux que nous avons indiqués dans la première partie de cette thèse comme propres aux aliénés paralytiques. Dans l'alcoolisme, en effet, l'état général de l'intelligence et du moral est caractérisé par la crainte, les tendances hypocondriaques, la conscience de son état, les illusions et les hallucinations multiples et spéciales de la vue, et enfin un degré plus ou moins marqué d'hébétude. La folie paralytique au contraire est caractérisée par l'activité intellectuelle, par des conceptions multiples, bizarres, absurdes, contradictoires et gigantesques, par le contentement de soi-même et la non-préoccupation de son état, l'absence presque absolue d'hallucinations ; enfin un certain degré de vivacité dans les idées, au milieu même de la faiblesse, de la démence commençante. On conçoit que ces deux tableaux, mis en regard l'un de l'autre, surtout lorsqu'on y joint les signes différentiels tirés de l'état physique, peuvent venir en aide au médecin, dans les cas difficiles.

Signes tirés de la marche. — Un dernier caractère distinctif très important entre les accidents alcooliques et la paralysie générale est celui que l'on peut tirer de la marche très différente de ces deux affections. La paralysie générale peut sans doute, comme nous avons cherché à le montrer, présenter de temps en temps des rémissions ou des intermittences dans son cours ; mais elles sont beaucoup moins fréquentes, et se produisent surtout beaucoup moins rapidement que celles qui caractérisent essentiellement la marche de l'intoxication alcoolique chronique. Celle-ci, en effet, est nécessairement intermittente ou du moins très notablement rémittente. En général, chez les individus atteints d'accidents alcooliques, même très prononcés, à moins que ceux-ci ne se soient renouvelés un très grand nombre de fois, et ne soient tout à fait invétérés, il suffit que ces malades se trouvent privés de boissons pendant un temps souvent assez court, pour qu'on voie diminuer considérablement ou

même disparaître presque complètement les accidents dont ils sont atteints. A Bicêtre, par exemple, on observe tous les jours des cas semblables, et le Dr Huss en rapporte d'ailleurs des preuves nombreuses. Ces mêmes accidents se reproduisent, il est vrai, presque toujours plus tard, parce que les malades guéris retombent dans les mêmes abus, qui reproduisent de nouveau les mêmes effets. D'autres fois aussi ces accidents se perpétuent sans interruption, et ne font que s'aggraver successivement, parce que les malades continuent leurs excès; mais même dans ce cas où la maladie est très chronique et est devenue très grave, il suffit souvent d'un séjour d'un ou de deux mois dans un établissement, et de la privation des liqueurs alcooliques, qui en est la conséquence, pour faire disparaître momentanément des symptômes cependant si invétérés. Dans les cas d'ailleurs où l'on aurait affaire à une intoxication alcoolique durant depuis longtemps, un signe, également tiré de la marche, peut être aussi d'une grande utilité pour le diagnostic; c'est l'existence d'un ou de plusieurs accès de delirium tremens antécédents, ayant précédé ou interrompu, à plusieurs reprises le cours de l'intoxication alcoolique chronique.

11° *Paralysies produites sous l'influence de l'arsenic et du phosphore. Acrodynie, ergotisme, pellagre.*

Après les paralysies saturnines et alcooliques, il nous resterait à passer en revue quelques autres paralysies, moins fréquentes, qui se produisent dans différentes intoxications chroniques, métalliques ou autres, et par exemple sous l'influence de l'arsenic, et du phosphore; mais tel ne peut être ici notre but, puisque nous sommes loin d'avoir l'intention de faire un travail complet. Nous avons voulu seulement indiquer rapidement les causes d'erreur qu'on rencontre le plus fréquemment dans le diagnostic de la paralysie générale; nous n'avons qu'à mentionner, en terminant, les paralysies qui surviennent dans certaines formes d'ergotisme, celles que l'on a constatées dans plusieurs épidémies d'acrodynie, et enfin, dire quelques mots de la paralysie pellagreuse, sur laquelle M. Baillarger a surtout appelé l'attention, et qu'il a voulu confondre avec la paralysie des aliénés (1).

(1) Baillarger, *Annales médico-psychol.*, 1re série, t. II.

Cette maladie étant très rare en France, peu de médecins français ayant pu l'observer directement, il est difficile d'émettre à son égard une opinion offrant quelque garantie de vérité. Qu'il existe dans cette affection une paralysie plus ou moins générale, c'est ce qui ne peut en rien nous étonner, puisque nous avons vu ces symptômes paralytiques se produire dans des conditions très diverses.

Après les réflexions que nous avons consignées dans ce chapitre, on ne peut donc songer à réunir une maladie avec la paralysie des aliénés, sous le simple prétexte qu'elle présente, avec elle, le symptôme commun d'une paralysie générale et incomplète. Du reste, cette paralysie ne paraît survenir que dans les derniers temps de la maladie, et semble avoir plus de ressemblance avec les paralysies périphériques, qu'avec la paralysie des aliénés. Enfin Brierre de Boismont, qui a aussi observé la paralysie pellagreuse en Italie dès 1830 (1), n'est pas disposé, comme M. Baillarger, à croire à son identité avec la paralysie des aliénés. Je sais bien que M. Baillarger a observé plusieurs fois le délire ambitieux chez ces malades, ce qui serait une preuve très grande en faveur de l'opinion qu'il professe, puisque deux symptômes spéciaux se trouveraient ainsi réunis ; mais d'abord cet observateur est, je crois, le seul qui ait jusqu'à présent constaté ce fait. De plus, ne serait-il pas possible d'admettre que dans une contrée où la pellagre est fréquente et endémique, elle puisse frapper accidentellement des individus atteints de paralysie générale des aliénés, qui existent évidemment dans ce pays comme dans tout autre, ainsi que le constate M. Baillarger lui-même, et qu'il y ait alors simple coïncidence ? D'ailleurs, le trouble mental le plus commun dans la pellagre, même avec paralysie, ainsi que l'ont constaté tous les observateurs, c'est la mélancolie avec penchant au suicide ; état très rare, au contraire, si tant est qu'il existe, chez les aliénés paralytiques.

Nous pensons, en résumé, que, dans l'état actuel de la science, l'analogie qu'on a prétendu établir entre la pellagre et la paralysie des aliénés, au point de vue des symptômes physiques comme des symptômes moraux, ne peut être considérée comme

(1) Voir Supplément au *Dictionnaire des Dictionnaires*, de Fabre.

démontrée ; il nous paraît plus exact de considérer la paralysie générale, qui survient assez souvent chez les pellagreux très avancés, comme un des symptômes de cette affection et non comme identique à la paralysie des aliénés.

12° *Atrophie musculaire progressive.*

Cette maladie, décrite par Duchenne de Boulogne (1), Aran (2), Thouvenet (3) et Cruveilhier (4), est assez bien connue dans ses symptômes et dans sa marche ; mais elle a été encore peu étudiée dans ses rapports avec la paralysie générale. Dans la discussion qui a eu lieu à son sujet à l'Académie de médecine, Parchappe a indiqué très nettement plusieurs signes propres à établir ce diagnostic ; mais quelques réflexions sont nécessaires relativement aux confusions qui ont été faites, ou qui peuvent l'être entre cette affection et la paralysie générale. Aran (5), a eu le soin de signaler la nécessité de ce diagnostic, mais il a ajouté que la paralysie générale, progressive, était une maladie encore trop peu connue pour qu'on pût la comparer avec avantage à l'atrophie progressive. La confusion entre ces deux maladies ne paraît donc pouvoir être admise en théorie ; mais il est loin d'en être toujours de même dans la pratique. Il suffit que l'atrophie progressive, comme la paralysie générale, ait pour conséquence l'affaiblissement graduel du mouvement musculaire dans les diverses parties du corps, pour que l'on soit disposé à l'assimiler à la paralysie générale, surtout alors qu'il est admis que le trouble de l'intelligence n'est nullement nécessaire pour caractériser cette dernière affection. Aussi, avant de chercher des signes différentiels entre l'atrophie progressive et la paralysie générale, pourrait-il paraître nécessaire d'élucider d'abord la question de savoir s'il existe réellement une maladie nouvelle, intermédiaire à la folie paralytique et à l'atrophie musculaire progressive, et qui seule mériterait d'être distinguée par des signes différentiels.

C'est ainsi que Brierre de Boismont semble avoir compris la

(1) Duchenne de Boulogne, *Archives générales de médecine*, 1849.
(2) Aran, *Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1850.
(3) Thouvenet, Thèses de Paris, 1851.
(4) Cruveilhier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853.
(5) Aran, *loc. cit.*

question, lorsqu'il a cherché à établir l'existence de cette maladie nouvelle, distincte de la paralysie des aliénés et de l'atrophie musculaire, affection qu'il a paru considérer comme probablement de nature spinale ; mais en examinant attentivement les faits qu'il a cités à l'appui de cette maladie nouvelle, on est frappé de l'analogie qui existe entre ceux qu'il rapporte sous le titre de *paralysie progressive sans aliénation*, et ceux qui ont été cités par Aran, Thouvenet et Cruveilhier, sous le nom d'*atrophie musculaire*. La première observation invoquée par Brierre de Boismont, précisément comme type (1), me paraît, en effet, un exemple évident d'atrophie musculaire, analogue à ceux que les autres auteurs ont rapportés sous ce nom. Ce malade, après être tombé dans une rivière et avoir eu ses habits mouillés pendant plusieurs heures, ressentit le lendemain une sensation de brûlure et de picotement à la plante des pieds et dans les mollets, et huit jours après dans les mains et les doigts. Bientôt il cesse de pouvoir travailler, et un mois après environ, *il ne peut plus quitter le lit*. Les douleurs deviennent moins intenses, mais l'affaiblissement musculaire augmente rapidement *et s'accompagne d'atrophie;* ces phénomènes de paralysie et d'atrophie sont surtout manifestes aux extrémités, aux mains et aux avant-bras, ainsi qu'aux pieds et aux jambes. L'irritabilité électrique a disparu ou diminué dans la plupart des muscles de ces extrémités, mais d'une manière inégale, ainsi que la force musculaire, qui semble conservée dans certains muscles beaucoup plus que dans d'autres. Seulement, il ne paraît pas y avoir une relation exacte entre la diminution de l'irritabilité électrique et l'atrophie musculaire. Il n'y a d'ailleurs chez ce malade ni lésion de l'intelligence ni même embarras de la parole. Mais l'auteur suppose que ce dernier signe se produira plus tard, comme il l'a vu survenir dans des cas analogues.

En lisant cette observation, il nous paraît difficile de ne pas y voir un exemple d'atrophie progressive, avec cette seule différence que l'irritabilité électrique, ainsi que la force musculaire, semblent avoir diminué dans des muscles qui ne paraissent pas encore atteints

(1) Brierre de Boismont, *Paralysie progressive*, supplément au *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, sous la direction de Tardieu ; 1851.

d'atrophie. Si nous avons bien compris l'auteur dont nous parlons, ce serait là, selon lui, le signe différentiel principal entre l'atrophie progressive et ce qu'il appelle la paralysie progressive sans aliénation (1). Mais nous avouons ne pas bien saisir cette distinction, qui ne nous paraît constituer qu'une différence de degré ; en effet, dans l'atrophie progressive, la force musculaire doit également diminuer, ainsi que l'irritabilité électrique, dans les muscles qui commencent à s'atrophier, avant que cette atrophie puisse être sensible.

Nous avons nous-même observé à l'hôpital de la Charité un malade, dont nous donnons l'observation à la fin de ce travail, que certaines personnes pourraient considérer comme atteint de paralysie progressive, et qui nous semble affecté de simple atrophie musculaire (2). Ce qu'il y a, en effet, de caractéristique chez ce malade, c'est que la paralysie paraît également devoir être attribuée à un refroidissement ; qu'elle a débuté par les extrémités et par certains muscles plutôt que par certains autres ; qu'elle a été précédée de douleurs ; qu'au bout de deux mois, le malade était déjà dans l'impossibilité de quitter le lit ; que la paralysie a gagné progressivement des extrémités vers le tronc ; qu'elle était accompagnée d'atrophie, surtout dans les extrémités, et qu'enfin il n'existait ni trouble de l'intelligence ni embarras de la parole.

La confusion est donc possible entre l'atrophie progressive et la paralysie générale, lorsque l'on est placé au point de vue que nous cherchons à combattre, et cette erreur nous paraît même avoir été commise par quelques auteurs. Nous devons ajouter une remarque qui, selon nous, n'est pas sans importance. Brierre de Boismont et Duchenne de Boulogne ont cru trouver dans l'électricité un moyen pratique pour distinguer les paralysies générales sans aliénation des paralysies avec aliénation : ils ont dit que dans les premières, l'irritabilité électrique des muscles diminuait ou disparaissait, tandis qu'elle restait intacte dans la paralysie des aliénés. L'importance qu'ils ont accordée à ce signe diminue, ce nous semble, considérablement, si l'on admet avec nous qu'ils ont donné le nom de *paralysie progressive sans aliénation* à des faits du

(1) Voir Brierre, *loc. cit.*, p. 607.
(2) Obs. 6.

genre de ceux que nous venons de citer, faits qu'ils reconnaissent eux-mêmes être probablement de nature spinale et qui nous semblent des exemples d'atrophie progressive. On conçoit en effet que, dans ces cas, la diminution de l'irritabilité musculaire électrique soit en rapport avec la disparition même de la fibre musculaire et qu'il n'en soit pas de même dans la paralysie des aliénés, où cette fibre musculaire persiste jusqu'à la fin ; mais par cela même, ce signe, utile pour distinguer, ainsi que l'a indiqué Mars-chall-Hall, les paralysies spinales des paralysies cérébrales, ne peut être d'aucune utilité pour différencier la paralysie des aliénés de celle que plusieurs auteurs appellent paralysie générale progressive, affection qui, aux yeux de ceux qui l'admettent, serait, comme la folie paralytique, une maladie cérébrale. Le criterium invoqué par Brierre de Boismont et Duchenne de Boulogne peut donc être utile pour distinguer les atrophies progressives de la paralysie des aliénés, mais ne paraît pas susceptible de trancher la question, actuellement pendante, entre la véritable paralysie progressive, si elle existe, et la paralysie des aliénés.

Le diagnostic différentiel entre l'atrophie musculaire et la paralysie des aliénés, même débutant sans délire, nous paraît en général facile, lorsqu'on tient compte des caractères spéciaux de la paralysie, que nous avons signalés. Et d'abord, l'absence de troubles de l'intelligence dans un cas, la perturbation intellectuelle plus ou moins rapide dans l'autre ; l'absence de l'embarras de la parole, excepté peut-être à la fin de la maladie dans un cas, sa production dès le début, dans l'autre ; enfin l'existence ou la non-existence de l'atrophie musculaire, sont déjà des signes précieux pour le diagnostic. Cependant les deux premiers n'ont rien d'absolu, et le dernier, qui sert de base à la distinction scientifique entre ces deux maladies, n'est pas toujours facile à apprécier dans la pratique, surtout dans les premières périodes de l'affection. Les véritables signes distinctifs, sur lesquels on ne semble pas suffisamment fixer l'attention, résident, selon nous, dans les caractères mêmes de la paralysie. Dans l'atrophie musculaire, en effet, elle est d'abord partielle, et ne parvient que peu à peu à se généraliser ; elle commence par être incomplète, mais finit par devenir presque complète, du moins dans certaines parties du corps ; elle marche progressive-

ment des extrémités vers le centre, au lieu de progresser seulement en intensité, et elle débute presque toujours par les membres supérieurs, auxquels la maladie reste longtemps limitée : dans toutes les parties du corps qu'elle affecte, elle atteint presque complètement certains muscles, tandis qu'elle en respecte d'autres : il est même remarquable qu'elle porte souvent sur les muscles homologues des deux côtés. De plus, il y a diminution de la contractilité musculaire électrique dans les muscles atrophiés, tandis que cette propriété est conservée chez les aliénés paralytiques.

Enfin, il convient d'ajouter que, dans la première, on trouve, à l'autopsie, une diminution et même une disparition presque complète de la fibre musculaire, remplacée souvent par un tissu cellulaire graisseux ; tandis qu'aucune lésion de ce genre ne peut être constatée chez les aliénés paralytiques, alors même qu'ils sont morts dans le marasme.

Conclusion. — Après avoir passé en revue la plupart des maladies qui peuvent donner lieu à des symptômes analogues à ceux de la paralysie des aliénés, il resterait maintenant à rechercher s'il existe, en dehors de la folie paralytique et des diverses maladies connues, une affection nouvelle méritant le nom de *paralysie générale sans aliénation*. Cette discussion nous entraînerait beaucoup trop loin, et nous nous sommes abstenu à dessein de l'aborder dans ce travail. Elle mériterait à elle seule une étude particulière, et cette étude nous semble prématurée, dans l'état actuel de nos connaissances. D'ailleurs, cette question ne nous a pas paru la plus importante à discuter tout d'abord. Nous avons voulu prouver en effet :

1° Qu'il existe une paralysie générale type, qui jusqu'à présent est seule bien connue ; qu'elle n'est pas seulement caractérisée par le symptôme paralysie, mais qu'elle repose sur un ensemble de phénomènes ayant une marche déterminée, et qu'elle constitue ainsi une forme spéciale de la folie que nous avons appelée folie paralytique ;

2° Que la paralysie générale peut survenir, à titre de symptôme, dans un assez grand nombre de maladies cérébrales, médullaires, et nerveuses, mais qu'elle se distingue alors de l'affection précédente, soit par les caractères généraux de ces diverses maladies, soit par les caractères spéciaux de la paralysie.

Etablir ces deux propositions nous a paru un travail préliminaire indispensable pour pouvoir aborder avec quelque utilité la question des paralysies générales sans délire. En effet, une fois placé à ce point de vue, si l'on examine attentivement les faits, encore peu nombreux, cités comme exemples de cette maladie nouvelle, on est vraiment frappé de la différence extrême qui existe entre les faits rapportés sous le même titre, non seulement par des auteurs différents, mais par le même auteur. On découvre alors, en se basant sur les principes de diagnostic que nous avons cherché à développer, dans la seconde partie de ce travail, que l'on a souvent cité sous le nom de paralysie générale progressive, avec ou sans délire, des faits qui pourraient rentrer, à plus juste titre, dans d'autres maladies déjà connues.

Nous sommes loin certainement de nier, d'une manière absolue, l'existence de cette maladie nouvelle. Nous pensons même qu'il est certains faits exceptionnels de paralysie générale sans délire que l'on parvient avec peine à ranger dans le cadre de quelque maladie déjà connue, mais que l'absence du délire, constatée pendant plusieurs années, semble devoir faire exclure de celui de la folie paralytique. Nous disons seulement que la plupart des faits cités jusqu'à ce jour, sont loin d'être suffisants pour établir scientifiquement l'existence de cette maladie nouvelle, et que, du reste, les divers auteurs donnent ce même nom de paralysie progressive à des faits très dissemblables entre eux.

D'ailleurs, la question, selon nous, n'est pas posée d'une manière convenable, et l'on ne nous semble pas, en général, assez frappé des difficultés presque insurmontables qu'on peut rencontrer pour arriver à sa solution. On observe, dans un moment donné, un malade qui paraît présenter une paralysie analogue à celle que l'on a constatée chez les aliénés, et que l'on trouve plus ou moins complètement exempt de délire; on conclut de cette simple absence du délire, que ce malade n'est pas atteint de la maladie, connue sous le nom de paralysie générale des aliénés. D'un autre côté, si on observe une paralysie générale, accompagnée d'un trouble quelconque de l'intelligence, on la confond avec la paralysie des aliénés; mais on oublie alors, d'une part, que la paralysie des aliénés peut débuter sans délire, et d'autre part, que des paralysies générales, symp-

tomatiques de diverses affections cérébrales, peuvent s'accompagner d'un désordre quelconque de l'intelligence, sans être pour cela la maladie spéciale, méritant le nom de folie paralytique.

En un mot, on prétend faire reposer la distinction scientifique entre les deux espèces de paralysie générale sur le seul fait de la présence ou de l'absence du délire ; mais un seul symptôme est tout à fait insuffisant pour constituer une maladie nouvelle, qui ne peut exister qu'à la condition de reposer sur un ensemble de phénomènes et sur une marche déterminée. La question, dans les termes où elle est posée, nous paraît presque insoluble pratiquement : c'est même, selon nous, ce qui explique pourquoi, jusqu'à présent, on a produit si peu de faits concluants. Pour affirmer en effet qu'un malade n'a pas présenté de délire depuis le commencement de sa maladie, et pour le suivre jusqu'à sa mort, de manière à constater que ce symptôme n'est survenu à aucune période, il faudrait pour ainsi dire ne jamais le perdre de vue, et triompher, par une grande persévérance, des obstacles nombreux qui s'opposent presque toujours à une observation aussi prolongée. D'ailleurs, en supposant même que quelquefois on parvînt à vaincre ces difficultés, par suite de circonstances exceptionnelles, on resterait encore exposé à deux ordres d'objections. S'il ne s'était produit aucune espèce de trouble intellectuel pendant tout le cours de la maladie, on pourrait encore objecter que la mort n'a pas été le résultat de la marche naturelle de l'affection, et que si elle ne fût pas survenue, le délire aurait pu se produire tôt ou tard. D'un autre côté, ce qui arrive plus fréquemment, si on avait constaté un simple affaiblissement très léger de l'intelligence ou de la mémoire, sans trouble manifeste, on pourrait alors discuter la question de savoir si cette faiblesse intellectuelle mérite réellement le nom de folie ; et l'on conçoit à combien d'interprétations diverses cette question peut donner lieu, surtout si l'on suppose qu'un léger trouble des facultés mentales vient se joindre à cette simple débilité de l'intelligence. Nous nous bornerons ici à ces réflexions générales, n'ayant pas l'intention de traiter actuellement un sujet aussi compliqué. Nous dirons seulement que, jusqu'à présent, les faits cités par les auteurs ne nous paraissent pas avoir suffisamment établi l'existence d'une maladie nouvelle, ne différant de la folie paralytique par d'au-

tres caractères que par l'absence du délire, à une certaine période de sa durée. Le plus grand nombre des faits, aujourd'hui publiés, nous semblent donc pouvoir rentrer dans l'une des deux catégories que nous avons examinées dans ce travail, c'est-à-dire dans la folie paralytique, débutant avec ou sans délire, ou dans diverses maladies déjà connues. En résumé, nous croyons pouvoir tirer de notre travail la conclusion suivante :

Si par le mot *paralysie générale* on entend désigner une maladie, caractérisée par d'autres phénomènes en même temps que par le symptôme de paralysie, il n'y en a jusqu'à présent qu'une seule dont l'existence soit scientifiquement démontrée.

Si, au contraire, on ne désigne sous ce titre qu'un symptôme, pouvant survenir dans des maladies diverses, ce n'est plus seulement deux espèces de paralysies générales qu'il conviendrait d'admettre, mais un grand nombre, puisque ce symptôme peut se produire dans beaucoup de maladies, et qu'il existe par exemple des paralysies générales apoplectiques, épileptiques, saturnines, alcooliques et atrophiques.

OBSERVATIONS

1re observation : Folie paralytique ayant présenté dans son cours une intermittence de plus d'un an ; rechute grave. Mort au bout de cinq mois ; autopsie.

F..., âgée de quarante-sept ans, est entrée à la Salpêtrière, section Rambuteau, le 27 octobre 1849, en est sortie le 5 février 1851, y est rentrée le 23 mai et y est morte le 8 octobre de la même année. Elle n'a pas eu de parents atteints de maladies mentales ni de maladies nerveuses, mais son père, sa mère et sa sœur aînée paraissent avoir succombé à une phtisie pulmonaire. Dans son enfance, elle avait l'intelligence assez développée, apprenait facilement et était douée d'un caractère doux et bienveillant : il est inutile de raconter en détail les diverses péripéties de son existence, qui fut marquée par de nombreux chagrins. Ayant perdu sa mère à

l'âge de douze ans, elle fut obligée de venir en aide à ses frères et sœurs, dont toute la responsabilité retomba sur elle, surtout après la mort de sa mère. Obligée de travailler presque sans repos, elle eut de plus la douleur de voir mourir sa sœur, qui lui laissa des dettes assez nombreuses qu'elle eut beaucoup de peine à acquitter, au bout de plusieurs années de travail. Venue à Paris, elle s'y établit comme modiste, et mariée à trente-deux ans, elle eut de nouveau le chagrin de voir se dissiper, par de mauvais placements, la fortune de son mari ; elle fut très péniblement affectée de voir souffrir son enfant de la pénurie dans laquelle ils se trouvaient : enfin sa sensibilité, déjà profondément affectée, reçut un dernier coup par la perte imprévue de son mari qu'elle trouva mort subitement en allant lui souhaiter sa fête. Peu de temps après, elle apprit également le décès de son frère, qui lui enlevait sa dernière ressource. C'est de cette époque, janvier 1849, que date l'invasion des premiers symptômes de sa maladie. Elle éprouva alors une vive céphalalgie dans toute la tête, accompagnée de fièvre, de perte d'appétit, de constipation, de *prostration au physique et au moral*, de dégoût de toutes choses, et enfin, d'*embarras dans la prononciation*, qui, selon l'expression de la malade lors de la rémission, coïncidait avec la paresse. Quelque temps après, des idées de richesse et d'ambition commencèrent à surgir dans son esprit ; mais la malade prétend en avoir reconnu à cette époque la fausseté, tout en étant impuissante à les chasser ; elle s'est imaginé qu'un oncle devait la rendre riche, et, chose étonnante, dit-elle plus tard en racontant ce fait, elle n'avait pas d'oncle. Elle se mit alors à disposer de cette fortune dont elle croyait devoir hériter, et qui devait s'élever à une centaine de mille francs ; elle se voyait possédant un bel appartement, un beau mobilier et jouissant, elle et son enfant, d'une maison bien montée. Sa conviction était si forte à cet égard, qu'elle en parlait aux personnes qui l'entouraient. Elle fut sujette, à cette époque, à des saignements de nez assez fréquents ; elle s'éveillait la nuit en accusant une douleur de tête très intense et s'écriait : « Quel malheur affreux ! je sens ma tête s'en aller. » Contrairement à ses habitudes, elle écrivait des lettres pleines d'injures aux personnes qui lui devaient quelque argent ; son intelligence alors se troubla de plus en plus, et ce trouble se manifesta d'abord par un

défaut d'ordre et d'économie ; elle achetait sans besoin et sans calcul, faisait des demandes de toilette par écrit, et enfin, elle auparavant si laborieuse, ne voulut plus travailler, disant qu'elle était assez riche. Elle resta couchée pendant trois jours,et il fallut employer une espèce de rigueur pour la faire lever. Elle montrait tantôt une activité incessante, tantôt un abattement profond : quand on la laissait seule, elle frappait avec violence contre la porte, les meubles, le balcon. Sa maladie ayant augmenté de jour en jour, on finit par se décider à la conduire à la Salpêtrière.

Le jour de son entrée, 27 octobre 1849, la maladie était assez nettement dessinée, puisque le certificat d'entrée mentionne l'existence d'idées de grandeur très caractérisées et de symptômes de paralysie générale. Deux jours après son entrée, elle croyait déjà être à l'hôpital depuis huit jours ; sa langue était embarrassée, et elle était assez paralysée pour ne pouvoir pas coudre; elle disait toujours qu'elle allait avoir beaucoup d'argent et qu'elle ferait de grands ateliers pour les personnes qui ne travaillaient pas. Cet état ne paraît pas avoir duré beaucoup plus de deux mois. Au bout de ce temps, elle commença à s'étonner d'être dans un asile de pauvres, si elle était riche ; par conséquent elle reconnut la nature de la maison dans laquelle elle se trouvait; elle fut impressionnée par le délire de ses compagnes, eut la conviction que ses idées étaient délirantes. Depuis cette époque, les idées de grandeur exagérées ont disparu. Elle appréciait seulement d'une manière trop favorable sa position ancienne, écrivait à son mari, dont elle connaissait cependant la mort, pour lui demander 500 francs par mois, et consentait, à cette condition, à rester dans une maison de santé. Elle disait en outre que son fils, qui était en apprentissage, devait gagner 1,500 fr. par an, dès la première année, parce qu'on était content de lui.

A partir de ce moment, les symptômes paralytiques diminuèrent concurremment avec les phénomènes du délire ; la malade commençait à travailler à la couture, s'habillait avec soin et propreté, avait une conduite très régulière, était bonne et prévenante pour tout le monde, marchait avec facilité, et il fallait de l'habitude pour constater chez elle de l'embarras dans la parole. Les fonctions organiques se sont remises, et la menstruation, qui avait été régulière

depuis l'âge de douze ans jusqu'à l'invasion de la maladie, et s'était supprimée à cette époque, s'est de nouveau rétablie. Elle resta à l'hôpital dans cet état, jusqu'au 5 février 1851, époque à laquelle on se décida à lui donner sa sortie. Elle était revenue à un état si voisin de l'état normal, qu'elle appréciait parfaitement à leur juste valeur tous les phénomènes de sa maladie, et qu'elle a pu elle-même fournir la plupart des renseignements qui précèdent. Malgré quelques traces très légères de la persistance de son affection, l'intelligence ne paraissait pas présenter de trouble, mais la malade comprenait moins bien et plus lentement ce qu'on lui disait qu'avant sa maladie ; sa mémoire était souvent imprécise et un peu faible ; elle se rappelait beaucoup mieux les faits anciens que les faits récents. La langue était quelquefois embarrassée, mais beaucoup moins qu'à son entrée. On remarqua néanmoins, au bout de quelque temps, que sa démarche était lourde, sa parole embarrassée, et que parfois son teint et ses yeux étaient brillants et animés.

Au bout d'un certain temps, il se produisit des symptômes alarmants dont on ne peut pas bien préciser la nature, à la suite desquels la malade tomba dans un état si grave, qu'on fut obligé de la ramener à la Salpêtrière, le 23 mai 1851. Elle était alors méconnaissable. Transportée à l'infirmerie, elle ne parlait pas du tout et ne cherchait même pas à émettre un son ; elle éprouvait souvent un tremblement marqué des lèvres, mais ne parlait pas et ne paraissait pas même comprendre ce qu'on lui disait ; elle ne semblait rien entendre et ne faisait aucun signe : de temps en temps, elle criait sans cause connue et ne voulait pas manger : de plus, elle gâtait. Au bout de quinze jours seulement, on put commencer à la lever ; mais il fallut lui conserver la camisole, parce qu'elle se salissait et se déshabillait ; elle se mit alors à parler, mais le plus souvent elle se bornait à crier sans articuler un seul mot : lorsqu'on lui demandait pourquoi elle criait, elle le niait ou ne se le rappelait pas. Son état devint alors très irrégulier : habituellement elle était dans un état de roideur générale et présentait, dans les bras et les jambes, de véritables contractures ; toutes les parties de son corps étaient si roides qu'on avait de la peine à fléchir ses jambes pour l'asseoir. On était obligé de la maintenir sur le fauteuil, parce qu'elle voulait sans cesse se déshabiller ; elle n'avait d'ailleurs aucune disposition

à marcher, et toutes les fois qu'on voulait l'y forcer, ainsi que lorsqu'on cherchait à la faire manger, et à la mettre au lit, elle opposait de la résistance et poussait des cris perçants et continus. Dans d'autres moments, elle était plus calme et conservait les formes gracieuses et polies qu'elle avait avant sa maladie ; elle demandait à chaque instant qu'on lui mît de beaux vêtements, parce qu'elle allait monter en voiture, que son équipage viendrait la chercher, et que le cocher lui-même s'étonnerait de la voir si mal vêtue. Lorsqu'on lui parlait de son fils, elle ne semblait pas comprendre et ne répondait jamais. Cet état se prolongea ainsi pendant plusieurs mois, avec de grandes inégalités d'intensité d'un jour à l'autre, mais sans véritables accès maniaques et sans attaques congestives ou épileptiformes. Une fois même, on a constaté pendant deux heures une amélioration si notable, que l'on put habiller la malade et la faire promener ; mais cette amélioration n'eut pas de durée et elle retomba bientôt dans sa situation antérieure. Vers le mois d'août, elle eut le ventre ballonné et douloureux, cessa d'uriner, et on fut obligé de la sonder pendant plusieurs jours. A partir de cette époque, elle garda le lit et son siège commença à s'écorcher. On remarqua, dès cette époque, une intermittence singulière des symptômes, de deux jours l'un ; un jour, elle parlait assez facilement ; sa figure et ses yeux avaient de l'expression ; elle se rappelait que la veille, elle ne pouvait parler et faisait même pour cela de vains efforts ; le lendemain, elle recommençait à ne plus rien comprendre, à ne pas émettre un seul son, et paraissait totalement absente.

Cet état s'est prolongé, en s'aggravant, jusqu'à l'époque de la mort. Deux jours avant, je trouvai la malade dans l'état suivant : elle semble endormie ; en lui parlant, on lui fait ouvrir les yeux, mais elle articule à peine quelques sons, d'ailleurs inintelligibles ; la respiration n'est pas gênée, mais on entend de temps en temps un râle sonore dans l'arrière-gorge ; le pouls n'est pas fébrile ; la malade est couchée sur le dos et ne s'agite pas dans son lit ; elle peut remuer les deux bras, mais le gauche moins facilement que le droit ; les doigts de cette main, ainsi que la main elle-même, sont rétractés au point qu'on ne peut parvenir à les ouvrir. Néanmoins, la malade retire le bras quand on la pince ; les jambes paraissent insensibles lorsqu'on se borne à les

pincer ; mais si on chatouille la plante des pieds, la malade les retire immédiatement ; la jambe gauche est plus mobile que la droite qui est roide et dont le pied est contracturé et dans un état d'extension forcée ; la maigreur de tout le corps est extrême ; les pupilles sont contractées et égales, et la malade laisse aller sous elle ses matières fécales. Elle meurt deux jours après, le 8 octobre 1851, et l'*autopsie* faite le lendemain, permit de constater les lésions suivantes :

Crâne. Le cerveau remplit toute la boîte crânienne ; il suinte de nombreuses gouttes de sang, à la surface de la dure-mère. En l'incisant, il s'écoule une quantité notable de sérosité de la grande cavité de l'arachnoïde, et la dure-mère s'affaisse et se plisse. Dans la grande cavité de l'arachnoïde, à la partie latérale droite, au point correspondant à la portion supérieure de la conque de l'oreille, existe un caillot sanguin, aplati, très mince dans certains points, composé d'une membrane transparente, dans l'intérieur de laquelle se trouve du sang épanché. Ce caillot, assez bien organisé, est situé sur la surface de l'arachnoïde viscérale, dont il se sépare très facilement, et sur laquelle il paraît simplement reposer ; il résiste assez bien aux tractions, se laisse laver sans se déchirer, présente très peu d'épaisseur, et, dans certains points même, il paraît réduit à une pellicule transparente, tandis que dans d'autres, il présente l'épaisseur qui résulte de l'interposition d'une faible couche de sang noir et coagulé. Il est situé transversalement sur les côtés de l'hémisphère droit ; les membranes sont opaques sur toute la surface supérieure des deux hémisphères, celles de la base le sont également un peu, mais elles ne sont pas très épaissies ; en les soulevant, il s'écoule une certaine quantité de liquide sanguinolent, mais la couche gélatineuse n'existe pas, et ne soulève pas les membranes, comme à l'ordinaire. La pie-mère est un peu rouge, et légèrement injectée ; en enlevant avec précaution les membranes, on arrache d'assez larges portions de substance grise, surtout vers la grande scissure et à la partie antérieure des hémisphères ; on racle très facilement cette substance avec le dos du scalpel ; le cerveau, coupé par tranches, n'est pas congestionné, et laisse à peine suinter des gouttes de sang. Les ventricules latéraux contiennent chacun environ une cuillerée de sérosité, légèrement trouble : le troisième est

dilaté et rempli de liquide ; rien dans les autres parties du cerveau, du cervelet et de la moelle allongée.

Poumons presque sains, quelques tubercules au sommet ; la moitié du lobe inférieur gauche est congestionnée, noire et dure à la coupe, mais non hépatisée.

Cœur très petit, parois presque normales, cavités diminuées.

Foie très petit, comme tous les organes.

Estomac très petit, réduit à la grosseur ordinaire du colon transverse.

Intestins atrophiés et diminués d'épaisseur dans toute leur étendue.

Rein gauche petit ; le bassinet contient de l'urine, est dilaté, ainsi que les ouvertures des calices.

Rein droit plus volumineux ; en l'incisant selon son bord convexe, on trouve la substance rénale saine ; mais lorsqu'on arrive au bassinet, il jaillit en abondance un liquide sanieux, d'un rouge noir, couleur d'eau de macération.

L'*uretère* et la *vessie* sont également le siège d'une inflammation évidente, et contiennent un liquide jaunâtre, mélangé d'urine et de sérosité purulente ; cette inflammation des voies urinaires peut avoir contribué à la mort.

IIe observation : Folie paralytique de forme expansive ou semi-maniaque ; pendant longtemps phénomènes paralytiques peu marqués ; à la fin de la maladie, prostration physique et morale rapide. Mort un mois après ; autopsie.

S.-M... (Marie), âgée de trente-cinq ans, modiste, née à Toulouse, est entrée à la Salpêtrière, section Rambuteau, le 11 octobre 1851, dans un état de demi-agitation, avec besoin incessant de parler, langage assez incohérent, et embarras peu prononcé, mais cependant manifeste, de la parole. Il a été impossible d'obtenir des renseignements sur ses antécédents, autres que ceux fournis par la malade elle-même ; tout ce que l'on sait, c'est qu'elle a été arrêtée pour être allée se plaindre chez le commissaire de police de prétendus vols dont elle aurait été la victime.

Deux jours après son entrée, je l'observai attentivement, et, au milieu d'un flux de paroles continuel, et assez peu suivi, je constatai chez elle une grande activité intellectuelle, avec traces déjà évidentes de débilité, des idées de grandeur et de fortune assez nombreuses, un besoin de mouvement continuel, et un embarras de parole qui se manifestait de temps en temps par une suspension et un effort avant la prononciation de certains mots, mais qui était loin de constituer un bégayement prononcé. La plupart de ses idées de fortune et de grandeur étaient relatives à un général qu'elle avait dû épouser, disait-elle, qui lui aurait apporté une fortune considérable, et qui, par suite d'un malentendu, aurait épousé à sa place une autre femme, vieille et laide, à laquelle il avait apporté 500.000 livres de rente, et le titre de baronne. Tel est, en quelques mots, le fond du récit qu'elle faisait à chaque instant et à tout venant; mais les détails de ce récit, ainsi que les explications qu'elle donnait des divers faits, variaient à chaque instant et devenaient impossibles à comprendre, dans l'ignorance où l'on était des faits réels, sans doute mélangés à chaque instant dans son récit avec des inventions et des mensonges. Tantôt elle disait qu'elle avait habité, pendant cinq ans, au Palais-Royal avec le général; tantôt que celui-ci lui avait promis une somme considérable par contrat de mariage; tantôt, au contraire, elle prétendait n'avoir vu le général qu'une ou deux fois. Dans d'autres moments, elle disait ne posséder qu'une lettre du général, dans laquelle il ne lui parlait ni de mariage ni de fortune, mais dont la possession seule lui valait 200,000 francs; d'un côté, elle se désolait d'avoir manqué un si beau mariage, et se plaignait amèrement des personnes auxquelles elle attribuait ce malheur, et de l'autre, elle parlait constamment des 200,000 francs qui devaient provenir de la lettre du général, et de son mariage futur avec lui, aussitôt que l'autre femme serait morte, ce qui ne devait pas tarder à arriver. Indépendamment des conceptions délirantes multiples et variées, concentrées autour de ce délire prédominant, cette malade exprimait à chaque instant d'autres idées qui trahissaient les mêmes tendances; elle parlait constamment, avec l'expression de la satisfaction la plus vive, de sa beauté d'autrefois; elle ajoutait que, si elle paraissait actuellement vieillie et négligée, cela tenait aux mauvais traitements qu'on lui faisait subir, et à l'ab-

sence de bains, mais qu'avec des soins elle redeviendrait bien vite aussi belle qu'auparavant. De plus, elle est une sainte ; sa mère aussi est une sainte : elle voit Dieu ; Dieu la protège. Elle est un ange descendu du ciel ; elle se rappelle exactement tous les détails de son existence. Elle a une excellente tête. Dieu lui accorde la grâce de se rappeler avec détails tous les événements de sa vie, depuis son enfance ; elle n'est pas folle, et a toute sa tête. Elle avait des parents si distingués, et ayant une si grande fortune ! Elle parle d'un appartement qu'elle a, et dans lequel se trouvent des meubles superbes, et où l'on va tout lui voler. Elle a rêvé cette nuit qu'on avait tout pris chez elle, et elle en a beaucoup pleuré. Elle raconte qu'une comtesse lui faisait une pension, mais elle ne se rappelle plus de combien était cette pension ; on lui a volé chez elle une robe de soie, qu'elle est allé réclamer chez le commissaire de police, et elle explique d'une façon très singulière son entrée à la Salpêtrière, à cette occasion. Elle aurait de bien belles choses si elle retournait chez elle. Elle demande les beaux effets qu'elle a dans son logement. Dans un autre moment, elle dit qu'on les lui a apportés, sans pouvoir préciser le nom de la personne qui aurait pu les lui apporter, et elle se plaint de ce qu'on ne veut pas les lui donner. Indépendamment de ces idées délirantes de divers ordres, cette malade ne sait pas son âge, et renvoie aux papiers qu'elle a dans son appartement pour l'apprendre ; elle ne sait pas non plus depuis quelle époque elle est à Paris, ni depuis combien de temps elle est à la Salpêtrière ; mais elle sait qu'elle est dans cet hospice. Elle ne peut dire au juste ni dans quelle année ni dans quel mois l'on est ; elle parvient à additionner certains nombres, mais elle dit par exemple que 4 et 4 font 12, et elle ajoute, avec satisfaction : oh ! je compterais jusqu'à 1,000 et même 100,000 fr.

Cette malade est restée, pendant plusieurs mois, dans cet état d'activité, de délire multiple de grandeur et de satisfaction, et d'agitation, plus ou moins intense selon les moments. Ses idées, quoique mal coordonnées, étaient cependant assez suivies pour qu'on ne pût pas la comparer à une maniaque ordinaire, et néanmoins les mouvements et les actes étaient assez désordonnés et assez violents pour qu'il fût naturel de la considérer comme une agitée. Elle allait et venait sans cesse, mettant le désordre partout, courant çà et là, et

répétant constamment les mêmes idées. On était même obligé de lui mettre la camisole, parce qu'elle avait fréquemment de la tendance à se déshabiller. Quelquefois aussi elle refusait de manger, sous prétexte qu'elle était habituée à manger dans la porcelaine des choses délicates ; mais il suffisait d'insister un peu pour la décider à prendre des aliments. Elle se plaignait sans cesse des mauvais traitements auxquels elle était en butte, et le désordre de ses actes était en effet assez grand pour qu'on fût souvent obligé de la réprimer. Elle eut à plusieurs reprises, pendant ce temps, au milieu de son agitation habituelle, plusieurs paroxysmes plus violents, pendant lesquels elle criait, vociférait ; une fois même, dans sa violence, elle se fit une contusion très forte à la région supérieure de l'œil. Après ces paroxysmes, elle éprouva plusieurs fois des rémissions pendant lesquelles elle présentait beaucoup plus les apparences de la raison, mais en même temps une débilité plus manifeste de l'intelligence. Elle racontait toujours les mêmes choses, mais avec moins de variantes et de détails ; elle avait d'ailleurs perdu toute idée de la durée de son séjour à la Salpêtrière, et enfin présentait moins d'activité dans l'intelligence et moins d'agitation musculaire.

Pendant tout ce temps, les symptômes paralytiques n'augmentèrent pas d'une manière saillante ; l'embarras de la parole présenta de plus des inégalités d'intensité assez grandes : très prononcé dans certains moments, il devenait moins manifeste dans d'autres ; quant aux membres, ils étaient faiblement atteints, car la malade marchait constamment, sans effort apparent, et se servait assez facilement de ses bras.

Vers le milieu d'avril 1852, l'état de cette malade empira très rapidement ; elle devint très abattue, sa figure s'altéra ; l'agitation et l'activité diminuèrent considérablement ; la parole devint beaucoup plus embarrassée ; l'intelligence baissa rapidement, quoiqu'elle pût encore répondre aux questions qui lui étaient faites ; les jambes s'affaiblirent ; elle éprouva de la peine à marcher ; elle cessa de demander à s'en aller avec autant d'insistance ; on fut obligé de la laisser au lit ; enfin, le 10 mai, à la visite du matin, on la trouva dans un tel état de prostration physique et morale, que la mort parut imminente, et en effet elle mourut dans la nuit, sans avoir éprouvé d'attaque, de contracture ni de convulsions.

Autopsie faite le 12 mai. — Os extrêmement épais et très difficiles à casser ; adhérence intime de la partie supérieure de la dure-mère avec la face interne des pariétaux ; dure-mère adhérente aux membranes sous-jacentes, vers la ligne médiane, à l'aide de nombreuses glandes de Pacchioni ; membranes de la convexité opaques, présentant cependant quelques points transparents permettant d'apercevoir au-dessous d'elles des accumulations de sérosité gélatineuse dans les intervalles des circonvolutions. Cette couche est cependant modérément épaisse. Les deux hémisphères sont en partie soudés entre eux vers la ligne médiane par des adhérences entre les deux feuillets contigus de l'arachnoïde. Membranes épaissies, infiltrées et comme œdématiées ; face inférieure de la pie-mère, d'un rouge assez foncé ; quantité médiocre de sérosité dans l'intervalle des circonvolutions ; quelques adhérences entre les membranes et la substance grise, qui s'arrache par plaques assez larges ; mais c'est surtout en la frôlant légèrement avec le doigt ou le manche du scalpel qu'elle s'enlève par plaques, qui donnent au cerveau l'*aspect décortiqué*. Ce ramollissement superficiel est très-évident ; la substance grise est blanchâtre, exsangue, comme le reste du cerveau. Les circonvolutions ne paraissent pas atrophiées ; poids total de la masse encéphalique, 1,290 grammes. Substance blanche très résistante et exsangue ; ventricules contenant deux petites cuillerées de sérosité ; pas de lésion dans le reste de l'encéphale ni dans les autres organes.

IIIe observation : Folie paralytique de forme débile, ayant antérieurement présenté des phénomènes d'excitation; rémission notable cinq mois après son entrée à la Salpêtrière; la malade est rendue à sa famille dans un état de grande amélioration.

Cl... (Emilie), vingt-neuf ans, brossière, née à Paris, est entrée à la Salpêtrière, section Rambuteau, le 30 janvier 1852. Elle n'a eu aucune maladie grave pendant son enfance ; vers l'âge de seize ans, elle a commencé à se débaucher, et elle a depuis mené une vie irrégulière. A cette époque, on n'a rien remarqué de particulier dans

son caractère, si ce n'est qu'elle se mettait facilement en colère, et que le sang lui montait à la tête; il lui est même arrivé, dans cet état, de briser divers objets. Elle dépensait d'ailleurs facilement son argent. Elle avait déjà eu un enfant, lorsqu'il y a un an, elle se crut de nouveau enceinte : son caractère changea alors complètement; elle devint triste, se tourmenta outre mesure, se crut perdue, et disait à chaque instant qu'elle allait mourir. C'est de cette époque que l'on fait dater le commencement de sa maladie. Elle devint ensuite beaucoup plus colère qu'elle ne l'était auparavant, se mit à dépenser, sans précaution aucune, tout l'argent qu'elle pouvait avoir; elle prit de plus l'habitude d'injurier et de battre sa mère, et enfin délira d'une manière évidente. Elle voulait aller en Amérique rejoindre un cousin, parti depuis cinq ans, et voulait emmener soixante demoiselles avec elle pour s'y enrichir; elle parlait constamment de toilettes; tout ce qu'elle disait n'était que mensonge et invention, dit son père; elle ne se plaignait pas d'être malade, seulement elle accusait souvent des maux de tête; elle ne pouvait plus travailler, et on remarquait déjà que sa parole était embarrassée. Trois ou quatre mois avant son entrée à la Salpêtrière, elle se mit à briser les verres, les carafes, et à déchirer les objets qui tombaient sous sa main; enfin, dans les derniers temps, elle se levait la nuit, présentait un besoin continuel de mouvement; enfin elle s'agita davantage huit ou dix jours avant son entrée. La veille de son arrestation, elle avait brisé la commode, pris les effets de sa sœur, 125 francs dans un tiroir, et s'était sauvée à trois heures du matin; elle se rendit dans la matinée chez un bijoutier, demanda à acheter des couverts, des boucles d'oreille; mais, au lieu d'attendre qu'on les lui donnât, elle s'en empara, prétendit qu'elle ne les avait pas, et se sauva en donnant un soufflet à une personne qui se trouvait sur son passage. C'est pour ce fait qu'elle fut arrêtée et conduite à la Salpêtrière.

A son entrée, elle était dans un état de grande confusion d'idées, se rappelait cependant qu'elle était souvent agitée pendant la nuit, se plaignait de douleurs de tête très vives, générales et continues, offrait un embarras de la parole peu sensible, était plutôt dans la dépression que dans un état d'agitation, et, sans l'aspect tout particulier de sa physionomie, on ne l'eût pas jugée paralytique. Elle

fut cependant, pendant quelque temps, légèrement agitée, déchirant et criant de temps en temps; un mois après son entrée, elle était dans un état de calme et d'hébétude plus prononcé, ne parlait presque pas spontanément, et présentait peu les apparences extérieures ordinaires des paralytiques. Cependant en l'interrogeant avec soin, il fut possible de découvrir chez elle, non seulement un état de débilité intellectuelle très marquée, mais un certain nombre d'idées prédominantes de fortune et de satisfaction, mal coordonnées et accompagnées d'explications contradictoires : elle manifeste, par exemple, l'intention de se marier, mais ne peut préciser ni la personne, ni le lieu, ni l'époque du mariage ; tantôt elle dit qu'elle veut épouser son cousin, qui est capitaine de dragons ; tantôt elle parle d'un notaire. Dans certains moments, elle dit que son cousin est en Amérique, et qu'elle veut l'y rejoindre ; tantôt, au contraire, qu'il est en Algérie. D'un autre côté, elle dit qu'il a cinquante mille francs de rente, et un instant après elle applique la même somme au notaire ; elle raconte aussi que ce capitaine a une manufacture à Lyon, et lorsqu'on lui objecte qu'il ne peut la diriger lui-même, elle répond qu'il la fait conduire par un autre ; elle avoue n'avoir pas de fortune par elle-même, mais elle ajoute qu'elle en attend beaucoup de son mari. Dans un autre moment, elle dit qu'elle attend vingt mille francs de sa mère ; elle doit partir dans deux ans pour l'Amérique; un autre jour, elle dit dans deux mois. Lorsqu'on lui demande pourquoi elle attend deux ans, elle répond que c'est parce qu'elle aura vingt et un ans alors, et qu'il en aura quarante-deux. Plus tard, elle dit que son mari doit venir de Londres, et cela dans cinq ans seulement, et cependant elle doit se marier dans deux mois. Elle ne sait pas l'âge de celui qu'elle va épouser ; elle aura quinze mille livres de rente quand elle sera mariée ; elle ira à Marseille pour rejoindre son mari qui vient d'Afrique. Dans un autre moment, elle dit qu'il est parti pour l'Amérique depuis quinze ans : enfin, il est des instants où elle parle de se marier avec un jeune homme de Paris.

Indépendamment de ces idées confuses de mariage et de fortune, elle en a encore quelques autres qui témoignent de la même tendance à la vanité et à la satisfaction : elle dit avoir chez elle de beaux meubles, de belles robes et des bijoux ; elle dit se porter très bien et n'être jamais malade. Elle est, en un mot, dans un état

d'indifférence générale, avec tendance à la satisfaction. Le plus souvent, elle se met à sourire quand on lui parle, dit qu'elle ne s'ennuie pas, qu'elle ne pense à rien, et manifeste seulement fréquemment le désir de s'en aller ; mais le plus léger prétexte suffit pour la détourner de cette idée, et elle se laisse conduire machinalement, à peu près où l'on veut. Les preuves de la débilité de son intelligence et de sa mémoire sont nombreuses : le plus souvent, elle ne sait ni où elle est, ni quel âge elle a, ni depuis combien de temps elle est à l'hôpital. Quand on lui demande son âge, elle répond d'abord qu'elle a quinze ans, puis dix-sept ; elle ne sait pas en quelle année elle est née. Dans un autre moment, à la même question, elle répond qu'elle a vingt-trois ans : tantôt elle semble savoir qu'elle est à la Salpêtrière, tantôt elle parle comme si elle était dans un atelier où elle a travaillé autrefois, et d'ailleurs elle ne s'inquiète nullement de savoir où elle est, ni pourquoi et comment elle y est venue, et elle me dit de demander à son père pourquoi on l'a amenée à l'hôpital. Un mois après son entrée dans cet hospice, elle dit y être depuis six mois, et n'avoir pas vu son père depuis ce temps : elle ne se rappelle pas avoir pris des objets chez un bijoutier, et dit n'avoir jamais rien volé. Il y a peu de chose à noter relativement à son état physique : elle n'a pas maigri, son appétit est bon, elle ne se sent pas malade, se plaint seulement d'avoir de temps en temps des douleurs de tête, et quelquefois même des étourdissements ; elle a la vue bonne, mais la pupille gauche est plus dilatée que la droite. Sa langue, sortie de la bouche, tremble très faiblement ; son embarras de parole, en général peu saillant, varie d'intensité selon les moments : tantôt elle n'a pas conscience de cette difficulté à parler, tantôt elle cherche à l'expliquer par la frayeur que lui inspire la personne qui parle. Elle n'éprouve pas d'ailleurs de difficulté à marcher ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que le plus souvent elle gâte sans s'en apercevoir, et le nie lorsqu'on le lui fait remarquer ; les traits de sa physionomie sont sans expression et ombants; mais elle se met à sourire, et prend de l'animation aussitôt qu'on lui parle.

Cet état, d'ailleurs variable en intensité d'un jour à l'autre, s'est amélioré d'une manière générale, au bout de quelques mois de séjour à l'hôpital. Dans les premiers mois, en effet, elle déchi-

rait et criait de temps en temps ; elle demandait constamment à sortir, souvent même avec violence ; elle ne pouvait rester tranquille à travailler, déchirait les robes qu'on lui apportait (ce dont elle ne se rappelait pas ensuite), et quoiqu'elle ne fût pas réellement agitée, on était quelquefois obligé de lui mettre la camisole, à cause du désordre de ses actes. A partir du mois de mars, au contraire, elle commença à devenir très tranquille ; son esprit devint plus net et moins confus ; elle put s'occuper à travailler, et après quelques mois de cette amélioration relative, qui était loin d'être une guérison, puisqu'il persistait toujours de l'embarras de la parole et une grande débilité intellectuelle, elle fut rendue à sa famille, qui la réclamait, pendant le courant du mois de juin, dans un état de rémission notable, eu égard à l'état où elle se trouvait lors de son entrée.

IV° Observation : Folie paralytique au début ; activité extrême de l'intelligence ; conceptions multiples et gigantesques ; violence des actes ; phénomènes paralytiques non encore appréciables.

M..., né en Espagne de parents sains d'esprit, âgé de trente-six ans, fut doué, dès le plus jeune âge, d'une activité incessante, et se montra hardi, audacieux et turbulent ; il a toujours eu des sentiments généreux, et poussait même la générosité jusqu'à la prodigalité. Il fit ses études universitaires avec éclat, et, dès l'âge de vingt et un ans, fut obligé de remplacer, dans les fonctions de juge, son père, frappé d'apoplexie ; bientôt, celui-ci étant mort à la suite d'une seconde attaque, M... se trouva seul chargé de la responsabilité de sa famille, et commença dès lors à se livrer à l'étude avec une ardeur excessive. Depuis cette époque, il n'a pas cessé un seul instant de manifester une activité extrême qui suffisait aux travaux les plus nombreux, les plus difficiles, et dans des directions bien différentes : il eut même à soutenir plusieurs fois des luttes pénibles qui affectèrent quelquefois son moral, sans cependant briser son courage. Néanmoins, vers la fin de 1850, on commença à s'apercevoir que son activité avait baissé, et M... prit même la résolution de restreindre ses travaux et de prendre du repos. Bientôt

après, au commencement de janvier 1851, il commença à se plaindre de mauvaises digestions, et plus tard, d'une affection du foie ; il se fit soigner, mais son état s'aggrava ; il disait en pleurant, à sa femme, que c'en était fait de lui, qu'il allait mourir ; en même temps, il présentait une grande confusion d'idées, éprouvait de la difficulté à établir une liaison entre elles, ne pouvait écrire deux lignes, et *ses bras n'avaient la force de soutenir ni son enfant ni le plus léger poids*. Le trouble de l'intelligence fut passager ; mais l'état de dépression, de mélancolie, de découragement et d'incapacité de vaquer à ses affaires, eut une durée de trois mois environ, à des degrés d'intensité variables.

Depuis, il paraît avoir recouvré complétement la santé, et au commencement de septembre 1851, il entreprit un voyage à Londres ; mais, dès le début de ce voyage, il manifesta subitement un état d'exaltation qui ne fit que s'accroître aussitôt qu'il fut arrivé au terme de son voyage ; le jour de son départ, il sentit que sa mémoire et toutes ses facultés avaient acquis une force extraordinaire ; obligé de s'arrêter dans un endroit sablonneux et dépourvu de végétation, il conçoit le projet de fonder dans cet endroit une colonie agricole ; il écrit dans ce sens à un de ses amis, et en même temps il engage un de ses collègues à publier des brochures dans toutes les langues de l'Europe. Arrivé à Londres, l'exaltation de ses sentiments et de ses idées prend un nouvel essor ; il parle de l'exposition avec enthousiasme et une physionomie rayonnante de joie, veut acheter des échantillons de tout ce qui le frappe pour fonder un muséum dans son pays. Mille autres idées bouillonnent dans son esprit : il veut relever le nom et la puissance des Espagnols en exerçant une grande influence dans l'esprit des Anglais ; dans ce but, il fait des achats nombreux, donne de somptueux dîners, propose à une réunion de capitalistes d'exécuter dans Londres même un chemin de fer, et offre de prendre des actions pour une somme considérable.

Il agit comme un prince, reste en habit de cour depuis le matin jusqu'au soir, trace les plans d'un commerce gigantesque, et achète un palais pour y établir la maison centrale.

M... est d'ailleurs irascible, querelleur et plein d'orgueil ; il a sans cesse des pistolets sur sa table, et appelle en duel tous ceux qui lui

font la moindre objection ou même qui lui présentent une facture à acquitter ; il croit au-dessous de sa dignité de toucher de l'argent, et il charge de ce soin son interprète ou son maître d'hôtel.

Son activité est désordonnée, effroyable ; à peine s'il se repose pendant quatre heures, il est sans cesse en haleine, parle avec complaisance de politique et de tous ses projets et écrit beaucoup ; tout lui semble facile. Il demande des audiences à la reine et au prince Albert, achète des objets de prix pour leur en faire cadeau, et cherche à intéresser les dames de la cour à la réussite de ses desseins. Il interprète mal tout ce qui se passe autour de lui ; le trouble que ses paroles et ses actions produisent sur ceux qui l'entourent, la moindre résistance qui lui est faite, la peur même que son état inspire, et qu'il constate sur tous les visages, tout est considéré par lui comme une preuve de trahison. Sous l'influence de ces idées, il change d'hôtel, va loger au palais qu'il vient d'acheter, et après avoir menacé de mort une femme qui restait avec lui, sort en robe de chambre dans les rues de Londres, va réclamer la protection de la police, et alors il est arrêté et conduit dans une maison d'aliénés ; il s'y montre si violent, qu'on est obligé de le réprimer ; il fait des blessures à l'un de ses domestiques, se plaint amèrement de sa détention, et se croit en proie aux persécutions du gouvernement espagnol. Cependant, pour prouver qu'il jouit de toutes ses facultés, il écrit des comédies, des brochures, des articles. Il annonce, en termes injurieux, son divorce à sa femme, qu'il aimait beaucoup avant sa maladie, médit de ses amis, leur envoie des cartels, et rédige des accusations contre les agents du gouvernement. Au milieu de cette activité excessive, les idées orgueilleuses pullulent dans sa tête : il trace un cadre complet de réforme constitutionnelle, financière, administrative, militaire ; il s'occupe même des règlements ; il se proclame le génie de la guerre, va faire des conquêtes, devenir le maître du monde, et déposer le fruit de ses conquêtes aux pieds de la reine d'Espagne. C'est Dieu qui l'appelle, dit-il, à cette magnifique destinée ; c'est lui qui a avivé sa mémoire et son intelligence au point qu'il a le souvenir de toutes les circonstances de sa vie depuis l'âge de cinq ans, et que tout ce qu'il a lu est présent à son esprit, qu'il peut indiquer la page où se trouve chacune des pensées qu'il cite. L'activité de son intelligence et de sa mémoire est en effet très

grande, il conçoit les choses les plus grandes et les plus opposées ; enfin, toujours il parle, rit, lit à haute voix, et, tous les quatre ou cinq jours, il éprouve un paroxysme d'agitation, poussé à un degré tel que ses forces physiques en sont épuisées.

Arrivé à Paris, son état ressemble exactement à celui que nous venons de décrire, seulement les traits en sont plus marqués : l'agitation, au lieu de se calmer, s'accroît chaque jour ; le sommeil est presque nul. M... parle avec une volubilité indicible ; son délire d'orgueil et d'ambition est au comble ; il est l'homme le plus distingué de l'univers sous le rapport des sciences, des lettres et de l'industrie ; le gouvernement anglais, dit-il, veut le faire passer pour fou, parce qu'il redoute son immense influence. Il lui suffira de paraître à Madrid pour renverser le ministère et être porté en triomphe au pouvoir. Selon lui, une demi-heure de travail par semaine lui suffira pour diriger toutes les maisons de commerce de l'Europe ; en très peu de temps, il doit acquérir une très grande fortune, il deviendra millionnaire ; aussi l'argent n'est rien pour lui, il en dispense à tort et à travers, veut acheter tout ce qu'il voit et tout ce qu'il imagine devoir favoriser la réalisation de ses vastes projets. Son caractère est aussi altéré que son intelligence, il ne supporte pas la moindre contradiction, éclate aussitôt en injures et en blasphèmes, et est capable de se porter aux actes les plus violents et les plus dangereux. La privation de sa liberté est considérée par lui comme le plus grave affront fait à son honneur, et pour assouvir sa vengeance il ne redoute pas la mort et est prêt à tous les sacrifices.

Ce malade, observé très peu de temps, pendant cette période d'exaltation excessive, n'a pas paru présenter d'embarras appréciable de la parole ; mais on sait que l'exaltation maniaque masque momentanément les symptômes de la paralysie, et d'ailleurs ne doit-on pas voir déjà des signes de lésions de la motilité dans l'impossibilité où s'est trouvé M..., dès le principe de sa maladie, de prendre son enfant dans ses bras et de soutenir le moindre poids, ainsi que dans l'épuisement excessif des forces qu'on observe après les paroxysmes d'agitation qui surviennent tous les quatre ou cinq jours ? Revenu bientôt dans son pays, M... a éprouvé, pendant plusieurs mois, une rémission très notable, qui a fait croire aux uns

qu'il était complètement guéri et aux autres qu'il n'avait jamais été aliéné. Pour notre part, nous ne doutons pas, d'après les caractères si tranchés du délire et la marche de la maladie, que bientôt la folie paralytique ne reprenne son cours, et avec d'autant plus de rapidité qu'il aura été plus longtemps suspendu.

Vᵉ Observation : Paralysie générale datant de trois mois environ, avec simple affaiblissement de l'intelligence, sans délire caractérisé; dans l'espace d'une nuit, apparition de l'agitation et du délire des grandeurs. Mort au bout de trois mois; autopsie.

Lacroix (Pierre-Auguste), quarante et un ans, né à Noyon, avait par lui-même et par sa femme une fortune qui lui permit d'être marchand de vin en gros dans ce pays. Il a toujours été bien portant, d'une constitution robuste, n'a jamais eu d'attaques de nerfs dans son enfance ni depuis cette époque ; son intelligence n'a jamais été très développée. Il ne réussissait guère en général dans les choses qu'il entreprenait, était d'ailleurs assez peu téméraire, et ne se lançait que difficilement dans des entreprises nouvelles. Cependant, il y a dix ans environ, il se décida à faire, sur l'achat de futailles, une spéculation dans laquelle il perdit de l'argent. Depuis il fit plusieurs autres pertes successives, et sans se laisser aller à de véritables excès de boissons, il commença à mener une vie plus irrégulière, qui contrastait avec ses habitudes antérieures; il finit ainsi par se ruiner complétement. Il attribue lui-même à ces revers de fortune et à la misère sa maladie actuelle.

Cette maladie a débuté, dit-on, il y a trois ans environ. Sa femme a commencé à remarquer chez lui un grand engourdissement de l'intelligence (ce sont les expressions mêmes dont elle se sert), puis des maux de tête très intenses, siégeant des deux côtés, sur les parois latérales de la tête, durant longtemps et revenant d'une manière intermittente; ensuite, il a éprouvé des fourmillements dans les jambes et dans diverses parties du corps, des douleurs dans les membres, qui cependant n'étaient jamais accompagnées de véritables crampes; enfin, de temps en temps, il présentait de la roi

deur ou une sorte de contracture dans les bras, dont on ne précise pas le siège d'un côté plutôt que de l'autre. Tous ces phénomènes auxquels s'est joint ensuite une faiblesse musculaire générale, ont augmenté peu à peu, et ce ne serait qu'un an après, c'est-à-dire il y a deux ans environ, au dire de la femme, que l'embarras de la parole aurait commencé être appréciable. Le malade, au contraire, prétend que tous les symptômes sont survenus à la même époque ; mais sa mémoire, quoique assez précise pour certains faits, étant évidemment infidèle sur certains autres, on ne peut y avoir une entière confiance. Le malade insiste beaucoup sur une espèce de tourbillonnement qu'il doit avoir éprouvé depuis le commencement de sa maladie, et qui le forçait à tourner sur lui-même ; il prétend aussi être tombé deux ou trois fois sans connaissance au commencement de sa maladie ; sa femme prétend, au contraire, que cet accident ne lui est arrivé qu'une seule fois, et cela il y a trois semaines. Quoi qu'il en soit, sa femme affirme n'avoir jamais observé chez lui à aucune période de sa maladie, de trouble de l'intelligence, d'idée bizarre, d'acte déraisonnable, à plus forte raison d'idée de grandeur. Elle prétend qu'il n'a jamais donné aucun signe de folie. Seulement son intelligence, qui n'a jamais été très forte, est devenue alourdie, engourdie ; il dormait souvent, était inactif et lent en toutes choses ; mais sa mémoire était assez bien conservée. La seule idée un peu extraordinaire qu'on est remarquée est la suivante : ayant été chargé de vendre de vieux papiers, il en offrit la moitié à deux marchands différents, et l'un deux lui ayant beaucoup moins proposé que l'autre, il voulait citer le premier devant le commissaire de police, comme ayant voulu le tromper. Il n'a jamais eu d'incontinence d'urine ni de matières fécales. Il y a dix-huit mois, il était encore en état de se livrer à l'acte vénérien, et il eut même un enfant. Depuis huit ou dix mois, il n'a plus d'érections complètes. Il mange beaucoup et avec voracité. Le malade raconte lui-même qu'il a été pendant deux mois à la Pitié, dans le service de M. Piedagnel, et il précise même la date de son entrée et de sa sortie.

Etat actuel. A première vue, il a les traits tombants, sans expression, les lèvres tremblantes, l'embarras très marqué de la parole, et l'intonation lamentable de la voix des aliénés paralytiques assez avancés; dilatation plus grande de la pupille droite, tremblement

excessif des lèvres, hésitation très prononcée de la parole. Le malade a parfaitement conscience de son état de paralysie, raconte lui-même les divers détails de sa maladie depuis son origine, précise même bien les dates, sait dans quel mois, dans quelle année l'on est et sait qu'on va le conduire à Bicêtre. La mémoire ne paraît donc pas sensiblement affaiblie ; cependant pour certains faits, il y a confusion dans ses souvenirs. Quant à son intelligence, elle est un peu lente ; mais elle n'est pas confuse, et en l'interrogeant dans diverses directions, je ne puis constater ni délire ni même aucun trouble dans ses idées : il apprécie bien son état malheureux de fortune, sans toutefois s'en affliger outre mesure. Je ne puis constater chez lui aucune idée d'achat, de voyage, d'entreprise, de fortune à venir, etc. ; il dit ne posséder aucun talent particulier, ne se vante sous aucun rapport, et dit que s'il guérit, il tâchera d'entrer dans un bureau pour gagner sa vie.

Il se plaint encore de céphalalgie, dont il indique le siège sur les parties latérales et postérieures, et non au sommet de la tête. Sa vue est un peu affaiblie, à ce qu'il prétend ; mais il y voit encore assez bien et légalement des deux yeux. La pupille droite est très dilatée ; la gauche, quoique plus petite, est également plutôt dilatée que contractée. Le tremblement des lèvres et des joues est très marqué, continuel, même quand il ne parle pas ; la langue dévie un peu vers la droite quand il la sort de la bouche, et tremble beaucoup plus que chez les aliénés paralytiques ordinaires ; la parole est légalement très hésitante et tremblotante, comme chez les aliénés paralytiques très avancés.

Le côté droit est plus faible que le gauche ; le malade serre moins bien avec la main droite qu'avec la gauche ; la jambe droite soutient aussi moins bien le poids du corps que celle du côté opposé : il y a donc hémiplégie incomplète à droite, comme l'indique d'ailleurs la déviation de la langue de ce côté, l'inclinaison légère de la commissure labiale, et la dilatation de la pupille du même côté. Le malade n'a pas été examiné au point de vue de la sensibilité et de l'irritabilité électrique ; il se plaint de douleurs dans les reins, le long de l'épine dorsale, accuse des fourmillements dans les jambes, et ne présente pas d'incontinence d'urine ; il ne gâte pas non plus, et il marche encore, mais avec difficulté.

Ce malade, entré à Bicêtre, dans le service de M. Delasiauve, y est resté pendant trois jours dans l'état précédemment décrit ; mais le quatrième jour, à la visite du matin, on le trouva métamorphosé, se croyant possesseur de 500,000 fr., et empereur du Brésil. Je vins le voir, le 24 mars, à l'infirmerie de la cinquième division de Bicêtre, et je le trouvai dans l'état suivant : il était au lit, couché sur le dos ; il a été agité dans la matinée ; on a été obligé de lui mettre la camisole. Dans le moment où je l'observe, il est calme, ne fait aucun mouvement, et ne parle pas ; sa figure est immobile, presque sans tremblement des muscles de la face, beaucoup moins que la première fois que je l'ai observé ; il ne remue pas la tête, et de temps en temps seulement imprime quelques mouvements à ses bras ; on le lève, et il marche avec difficulté, ses jambes peuvent à peine le soutenir : pupille droite toujours un peu plus dilatée que la gauche. En lui faisant montrer la langue, il se produit un tremblement très prononcé des muscles de la face, des lèvres et de la langue, il répond assez bien à chaque question ; mais, après chaque réponse il se tait, et n'a pas de tendance à parler. Il sait qu'il est à Bicêtre, dit avoir vu sa femme il y a huit jours, et répond en bégayant, et avec un tremblement très manifeste des lèvres, qu'il est à l'hôpital depuis six mois. Je lui demande à quoi il pense, il se met alors à sourire, et ne répond pas ; je lui demande s'il pense à être empereur, il hésite un instant, puis se met à dire, avec satisfaction : « *Oui, je le suis.* — Qui vous a dit que vous étiez empereur ? — Eh bien, je le suis réellement. — Vous ne l'étiez pas il y a quelques jours ? — Oh ! que si. — Comment savez-vous que vous êtes empereur? — Et bien, je le sais bien. — De quel endroit êtes-vous empereur ? » Il tend à s'endormir, et ses paupières s'affaissent. Je cherche à lui faire ouvrir les yeux en lui répétant la même question, et alors il me répond machinalement : « Eh bien, c'est de Paris que je suis empereur. — Vous m'aviez dit que c'était du Brésil ? — Non, répond-il machinalement, et sans avoir l'air d'y attacher d'importance. — Combien avez-vous de millions ? — 175 milliards. — Vous m'en donnerez bien la moitié ? — Oui. — Est-ce de revenu ou de capital ? — De capital. — Souffrez-vous quelque part ? — Nulle part. — Vous avez donc sommeil ? — Oui, monsieur. — D'où vous est venu tout cet argent ? — Eh bien, de ma mère. — Vous

n'êtes jamais malade ? Non, jamais. — Est-ce que vous ne vous rappelez pas que vous étiez paralysé ? — Mais si, j'ai une paralysie interne dans la tête, dit-il, en se réveillant, en bégayant, et en s'animant un instant pour retomber bientôt dans sa demi-somnolence. — Y voyez-vous bien ? — Oh ! oui. — Comment êtes-vous devenu empereur tout à coup ? — Eh bien, parce que je le suis. — De quel pays êtes-vous empereur ? » Il ouvre alors subitement les yeux, et accentue avec vivacité et presque avec colère : « Mais je vous dis de Paris. — Qu'est-ce que vous ferez de votre argent ? » Il ne répond d'abord pas ; puis, tout à coup, se met à dire : « Qu'est-ce que vous voulez que j'en fasse ? je le garderai. » Je l'interroge sur le lieu de sa naissance, son âge, sa profession, et les divers détails de sa vie, que je connaissais par le premier interrogatoire. Il répond en général d'une manière assez exacte ; de temps en temps, il semble ne pas entendre la question, être absorbé ou distrait, et, oubliant ce qu'il veut dire, il se borne à répéter la question qu'on lui pose. Il dit ne pas avoir de rêves pendant la nuit, ne pas entendre de voix, ne pas avoir mal à la tête, et ne pas sentir sa langue embarrassée pour parler. « Où avez-vous mis tout l'argent que vous avez ? — Chez moi. — Dans quel endroit ? — Dans l'armoire. — Est-ce en billets ou en or, cet argent ? — C'est en argent. — Vous ne seriez pas à l'hôpital si vous aviez tant d'argent ? » Je ne puis parvenir à le faire répondre à cette question, et il finit par dire : « Mais qu'est-ce que vous voulez que je réponde ? — Pourriez-vous marcher si vous étiez debout ? — Parbleu ! — Mais vous êtes paralysé ? — Mais non du tout, je suis guéri. — Est-ce que vous voulez toujours rester ici ? — Oh ! non, je crois que je vais en sortir ces jours-ci. — Où irez-vous demeurer ? — Eh bien, dans Paris. — Dans quel endroit de Paris ? — Dans la rue Rambuteau. — Dans quel mois de l'année sommes-nous ? — Dans le mois d'avril. — Dans quel mois êtes-vous entré ici ? » Il cherche un instant, répète la question, puis finit par dire : « Eh bien, dans le mois d'avril (machinalement, parce qu'il venait de prononcer précédemment le même mot). — Quand serez-vous nommé empereur ? — Mais, je le suis..., oui, je le suis..., et nous aurons 500 milliards de vin, dit-il, en s'animant et en accentuant vivement. — Quel genre de maison voulez-vous habiter ? » Il se met à rire ; puis, après avoir cherché un instant, il

répond : « Eh bien, un château dans lequel je suis. — Mais vous êtes à Bicêtre, ici ? — Laissez-moi tranquille. — Voulez-vous faire quelque spéculation ? » Il s'anime alors un peu, et répond : « Certainement, sur les trois-six : Il entre alors dans quelques détails sur cette spéculation et termine en disant : « Et on gagne 100 millions toujours cent pour cent. — Il me semble que vous m'avez dit que vous étiez ruiné ? — Oh ! non. — Que vous aviez quitté votre commerce ? — Comment, quitté mon commerce ! — Comment avez-vous gagné l'argent que vous avez ? — Eh bien, par des spéculations » (il dit cela maintenant parce qu'il vient de parler de spéculation, mais précédemment il n'avait pas pu dire d'où venait cet argent).

Tel est le résumé de l'interrogatoire auquel je le soumis ce jour-là. Depuis cette époque, il est resté à peu près dans le même état, ou plutôt les divers symptômes se sont plutôt aggravés. Je l'ai revu le 29 mai 1852. Il était toujours couché sur le dos, immobile, et ne répondait presque pas aux questions qu'on lui adressait. Il avait la face bouffie, défigurée ; la pupille droite toujours un peu plus large que la gauche, et ne paraissant pas contractile, comme elle, sous l'influence de la lumière. Il ne pouvait plus se lever, tant ses jambes étaient faibles. Depuis quelques jours, il était plus silencieux, ne parlait plus guère de ses millions et de son titre d'empereur. Ses lèvres tremblaient beaucoup, aussitôt qu'il voulait parler. Lorsqu'on lui adressait la parole, sa figure s'épanouissait et exprimait une satisfaction vague, mais il ne paraissait pas bien comprendre ce qu'on lui disait : le plus souvent, il n'y répondait même pas, ou y répondait d'une manière contradictoire d'un moment à l'autre. Depuis ce jour, je ne l'ai pas revu. Il est mort dans le courant du mois de juillet, de la même année, et l'on m'a dit avoir trouvé, à l'autopsie, les méninges infiltrées par une grande quantité de sérosité, un ramollissement notable de la substance grise de la surface du cerveau, et, de plus, un ramollissement de la substance blanche de la partie antérieure de l'hémisphère droit (?).

D'après ce compte rendu d'autopsie, ne serait-il pas possible de rapporter anatomiquement les symptômes des trois premières années au ramollissement de la substance blanche, et les symp-

tômes observés pendant les derniers mois aux lésions de la surface du cerveau ? C'est une question que je pose, et dont je livre l'appréciation aux lecteurs.

VIe observation: Atrophie musculaire progressive au début, simulant une paralysie progressive sans aliénation ; paralysie presque complète aux extrémités, surtout localisée dans certains muscles, et accompagnée d'atrophie ; pas de trouble de l'intelligence, ni d'embarras de la parole.

B... (Nicolas-Augustin), trente et un ans, jardinier à Limay (Seine-et-Oise), est entré le 27 octobre 1851 à la Charité, au n° 13 de la salle Saint-Louis (service de M. Briquet).

Il dit avoir toujours été bien portant, n'avoir jamais éprouvé de maux de tête ni d'attaque d'aucun genre. En un mot, il ne se rappelle pas avoir été malade.

Depuis l'âge de quinze ans, il est jardinier, n'a jamais exercé d'autre profession et n'a jamais travaillé au plomb. En arrosant, il était exposé à plonger souvent les pieds et les mains dans l'eau froide, et il attribue sa maladie à l'eau qui s'écoulait constamment de ses arrosoirs. Au commencement de septembre 1851, il a commencé à éprouver des fourmillements dans les doigts des pieds et des mains, pendant qu'il travaillait ; il a néanmoins continué à travailler encore pendant trois semaines, mais il remarquait qu'il ne serrait plus aussi bien sa bêche, ses arrosoirs, qu'il laissait tomber les objets et qu'il ne marchait plus aussi bien. Enfin, au bout de trois semaines, il a été obligé de cesser son travail, ne pouvant plus se soutenir sur ses jambes, sans le secours d'un bâton. Les bras étaient aussi affaiblis que les jambes, et il affirme que tout ces phénomènes sont survenus en même temps.

Il s'est reposé chez lui pendant près d'un mois avant de venir à l'hôpital. Il se chauffait beaucoup, parce qu'il attribuait sa maladie au froid. Pendant ce mois, qu'il a passé chez lui, il marchait encore un peu, mais avait peine à se soutenir, et lorsqu'il s'était baissé, par exemple, il ne pouvait plus se relever. Cet affaiblissement musculaire général s'est produit graduellement sans autre phénomène

maladif, sans attaque ni perte de connaissance d'aucune espèce. Il pouvait encore, à cette époque, couper son pain lui-même, mais déjà avec difficulté. Il ne s'était pas senti malade, du reste, et prenait cet état pour de la fatigue ; il ressentait d'ailleurs des douleurs dans les deux épaules, dans les bras, dans les mollets, dans les cuisses, puis successivement de bas en haut jusque dans les fesses, mais il les comparait à des lassitudes. Il n'a pas éprouvé de vomissements et n'a jamais eu la langue embarrassée. Entré à l'hôpital à la fin d'octobre, il a été obligé de se faire apporter sur un brancard ; il pouvait encore marcher un peu, à la condition d'être soutenu, mais il ne pouvait pas monter les escaliers Ses bras étaient très faibles ; les mains n'étaient pas pendantes encore comme actuellement, mais elles commençaient à ne pas pouvoir se relever facilement. Le jour de son entrée, l'interne du service a constaté qu'il serrait encore, mais difficilement avec les deux mains. Pendant les quinze premiers jours de son séjour à l'hôpital, il a encore marché, soutenu par deux hommes, mais ensuite on a été obligé de le porter. Au bout de six semaines ou deux mois de séjour, la paralysie des bras avait également augmenté, au point que c'était à peine s'il pouvait manger seul, même en soutenant une main avec l'autre. Les muscles, qui n'étaient d'abord incomplètement paralysés qu'aux extrémités, se sont successivement et progressivement affaiblis de l'extrémité des orteils au tronc et des mains à l'épaule.

Etat actuel. Ce malade reste constamment couché ; il parvient avec peine à soulever ses deux bras, les fléchit assez facilement, peut même les porter jusqu'à sa bouche pour manger (ce qu'il dit ne pouvoir faire que depuis quinze jours), mais ses deux mains sont pendantes, comme dans les paralysies saturnines. Les orteils sont également fléchis, surtout ceux du pied gauche, qui est tourné en dedans. Il y a atrophie évidente des muscles des membres et maigreur très prononcée de tout le corps. La peau est presque accolée aux os. Il dit avoir beaucoup maigri, avoir pesé 130 livres et ne peser actuellement que 80. D'ailleurs, pas de maux de tête, la vue n'est pas affaiblie, les pupilles sont un peu dilatées, mais égales. Il entend bien ; il n'a jamais ressenti aucun phénomène maladif dans la face, dont les muscles ne paraissent ni atrophiés ni affaiblis. Il n'éprouve aucune difficulté à manger, à broyer et à avaler les ali-

ments, et les masséters paraissent aussi forts qu'auparavant. La langue n'est nullement déviée et ne tremble pas; il n'y a pas d'*embarras de la parole*. Le malade dit lui-même qu'il parle comme autrefois. En effet, on ne constate ni bégayement, ni hésitation, ni même arrêt dans sa prononciation. Il y a un mois environ, il dit avoir éprouvé des douleurs et des fourmillements dans la partie postérieure du cou et de la tête, douleurs qui se sont dissipées au bout de huit jours, sous l'influence des frictions. La respiration n'est jamais gênée; il mange trois portions. A l'époque de son entrée à l'hôpital, l'appétit avait un peu diminué, mais il a repris depuis. Les érections ont cessé un mois avant son entrée. Il n'a jamais laissé écouler involontairement ni ses urines ni ses matières fécales.

L'intelligence est aussi intacte que possible; elle est nette, vive, en un mot tout à fait normale. Il n'a ni lenteur ni difficulté de compréhension; il répond très bien à toutes les questions et n'a pas du tout perdu la mémoire. Il se rappelle même exactement les dates de tous les faits. La sensibilité de la peau paraît intacte; je lui pince faiblement les bras, il dit qu'il sent très bien et même que je lui fais mal. Cependant, il prétend que pendant le premier mois de son séjour à l'hôpital, on lui pinçait et on lui piquait les bras et les jambes, et qu'il ne sentait que faiblement; aussi se trouve-t-il beaucoup mieux sous ce rapport. On l'a traité par la noix vomique et l'électricité, et il semble exister, au dire du malade, une certaine amélioration dans son état depuis son entrée à l'hôpital.

Le 5 avril 1852, ce malade est encore à la Charité, dans le même service et au même lit. Il se trouve amélioré en ce sens qu'il peut lui-même se retourner dans son lit, se mettre sur son séant, sans être soutenu par les mains, et qu'il peut avec ses bras fléchir ses jambes sur le tronc, sans le secours d'un aide. Il mange quatre portions. La langue et l'intelligence sont toujours intactes. Il trouve ses bras améliorés, puisque, pour manger, il était obligé de soutenir une main avec l'autre, tandis que maintenant, quoique ayant toujours les mains pendantes, et ne pouvant pas les relever *du tout*, il parvient à manger en se servant de la main gauche, avec laquelle il est plus adroit qu'avec l'autre, quoiqu'il fût droitier avant sa maladie; cependant, il n'y a pas de différence appréciable, dans les mouvements des avant-bras ou des bras, à droite ou à gauche.

Ce malade n'a jamais eu de douleurs de reins, jamais de maux de tête, et n'éprouve aucune douleur, si ce n'est dans les bras. Auparavant il ressentait d'assez violentes douleurs dans toute l'étendue des membres inférieurs, mais elles ont disparu. Il a été pendant six mois sans érections. Depuis un mois environ, elles ont reparu, mais faiblement. Il peut à peine remuer les jambes dans son lit; il est obligé de les soulever à l'aide des bras. Il lui est tout à fait impossible de se tenir debout; ses jambes ployent sous lui; les muscles des jambes sont atrophiés. Il peut soulever les bras et les maintenir suspendus pendant quelques instants, sans trembler; seulement les mains sont pendantes. Il parvient, quoiqu'avec peine, à couper son pain lui-même. En résumé, le malade se trouve amélioré; sa paralysie, au lieu d'avoir augmenté, semble donc être restée stationnaire ou même avoir un peu diminué, mais elle est encore très prononcée, quoiqu'incomplète. Ce malade est sorti du service de Briquet, dans cet état d'amélioration légère, au bout de quelques mois, et je n'ai pas eu occasion de le revoir depuis cette époque.

VII^e Observation : Paralysie générale probablement d'origine saturnine; invasion de la maladie il y a environ neuf ans; coliques et vomissements, étourdissements fréquents, affaiblissement musculaire général, embarras de la parole; pas de trouble de l'intelligence.

C..., âgé de cinquante ans, ouvrier dans une fonderie de caractères stéréotypes, est entré à l'hôpital Necker, le 20 septembre 1851, au n° 29 de la salle Saint-Ferdinand (service de Bricheteau).

Ce malade, dont le père est mort d'une attaque de paralysie à l'âge de cinquante ans, et qui a quatre frères encore vivants et bien portants, s'est lui-même toujours bien porté, avant l'invasion de sa maladie actuelle. Il a été soldat dans la garde royale, est sorti du service en 1830, s'est marié et a commencé à travailler dans une fonderie en caractères où il est resté pendant plus de quinze ans. Il était toujours en face du four, par conséquent immédiatement en rapport avec le plomb en fusion, par lequel il a été souvent atteint, car il porte sur tout le corps des cicatrices de brûlures produites

par le plomb fondu. Il a toujours été bon travailleur, quoiqu'un peu lent, et ne paraît s'être livré à aucune espèce d'excès, pas même de boisson. Il n'a jamais éprouvé de convulsions ni de perte de connaissance. Celui qui l'a précédé dans la rude occupation dont il était chargé et pour laquelle on trouvait difficilement un ouvrier, a été, dit-on, obligé de la quitter, au bout de dix ans, et jeune encore, pour des infirmités analogues à celles dont celui-ci est atteint. Ce malade a commencé à ressentir les effets fâcheux de sa profession quatre ans environ après avoir commencé à l'exercer. Il a d'abord éprouvé beaucoup de coliques qui se renouvelaient fréquemment avec toute la violence des tranchées, et qui se sont reproduites, à différentes époques, pendant tout le temps qu'il a continué à travailler, et ont même été souvent accompagnées de vomissements, qui sont surtout devenus très fréquents dans les dernières années.

On prétend que sa maladie a débuté par un étourdissement qu'il a éprouvé en étant devant le fourneau, et à la suite duquel il serait tombé sans connaissance, et se serait même brûlé. Néanmoins ce n'est que petit à petit que l'on a commencé à s'apercevoir qu'il vacillait en marchant, comme un homme ivre, et cela il y a environ neuf ans. Quoique le tremblement dans la marche ne fût pas très prononcé, cependant tout le monde s'en apercevait, et les gamins même le suivaient. A cette époque, sa langue n'était pas encore embarrassée, mais il éprouvait de temps en temps des étourdissements assez intenses qui lui semblaient partir de l'estomac. Lorsqu'il se sentait étourdi, il était obligé de s'appuyer sur les objets environnants, tombait même quelquefois, mais sans perdre jamais connaissance ; car il parlait aussitôt qu'il était à terre, cherchait à se relever lui-même, ou bien appelait quelqu'un pour lui aider. Il y a quatre ou cinq ans environ que sa langue a commencé à s'embarrasser ; c'était comme une sorte de bégayement qui est survenu peu à peu et a augmenté graduellement. Ce n'est que depuis trois ou quatre ans que ses bras ont commencé à trembler un peu et qu'il laissait de temps en temps tomber les objets. Les jambes, au contraire, étaient depuis longtemps affaiblies. Il marchait difficilement, et il lui semblait même qu'il marchait sur des épines. On était obligé de l'accompagner, de crainte qu'il ne se laissât tomber, et, malgré cette précaution, il tombait encore quelquefois. Il n'a jamais

eu de paralysie latérale de la face. Malgré l'augmentation progressive de ces phénomènes paralytiques, il a néanmoins continué à travailler, pendant très longtemps encore, après le premier début de sa maladie, puisqu'il n'a cessé son travail qu'il y a trois ans environ.

Depuis plusieurs années, sa vue s'est affaiblie, mais on prétend qu'elle s'est affaiblie également des deux côtés. Il se plaignait souvent de voir les objets doubles, et, par exemple, de voir deux fois la même ligne quand il voulait lire ; pour éviter cet inconvénient, il cherchait à fermer l'un de ses yeux avec la main. Il y a déjà longtemps qu'on a remarqué que ses pupilles n'étaient pas égales des deux côtés.

C'est il y a environ trois ans que son état a empiré, surtout la paralysie des jambes, et qu'il a été obligé de cesser son travail. Depuis deux ans, la paralysie de la langue est devenue plus saillante, au point que les *étrangers ne pouvaient presque plus le comprendre*, et que ses parents seuls, habitués à sa manière de parler, savaient ce qu'il voulait dire. Vers cette époque, il fut soigné par un médecin qui attribua sa maladie au plomb, lui fit prendre de nombreux purgatifs, et s'informa, à plusieurs reprises, s'il n'avait pas eu des attaques d'épilepsie.

Depuis environ un an, son état s'est encore beaucoup aggravé. Il laissait échapper tous les objets qu'il tenait dans ses mains, ne pouvait presque plus marcher, et se laissait souvent tomber par suite du plus simple obstacle qu'il rencontrait sur son passage ; aussi restait-il généralement assis dans la maison, allait et venait de temps en temps dans l'intérieur, mais se décidait difficilement à descendre l'escalier. Il se tourmentait beaucoup de son état dont il a toujours eu parfaitement conscience.

Son intelligence n'a jamais été réellement troublée. Il ne s'est livré à aucun acte extraordinaire, a toujours su parfaitement ce qu'il faisait, a toujours très bien reconnu tout le monde, et n'a pas même eu de moments d'absence. On ne peut donc pas dire qu'il ait présenté de véritable délire. Je dois ajouter seulement qu'à force de multiplier les questions dans ce sens, je suis parvenu à savoir des parents que, de temps en temps, il présentait une sorte d'obscurcissement passager dans les idées, tandis que dans d'autres instants,

son intelligence était beaucoup plus nette, et que sa mémoire, quoique exacte et précise sur la plupart des faits, paraissait, depuis trois ans, légèrement affaiblie. Quelquefois, en effet, il semblait avoir oublié certaines affaires de famille qu'il se rappelait néanmoins plus tard, dans un autre moment. Enfin, malgré son caractère habituellement doux, il devenait de temps en temps irritable et violent, et voulait même battre ses enfants, qu'ordinairement, au contraire, il traitait avec bonté; mais ce sont là, comme on voit, des nuances difficiles à saisir, que l'on doit signaler pour ne rien omettre, mais qui ne peuvent passer pour une véritable altération de l'intelligence.

De temps en temps, depuis trois à quatre ans, il a présenté de la difficulté à uriner ; cependant, ce n'est que dans les derniers temps qu'il est resté plusieurs jours sans pouvoir vider sa vessie, et qu'on a été obligé de le sonder.

Depuis le commencement de sa maladie, jamais son sommeil n'a été tranquille. Il s'éveillait souvent en sursaut, poussait quelques cris, ou bien se levait et se promenait pendant la nuit; il restait quelquefois plusieurs heures de suite sans remuer dans son lit, mais sans dormir.

En dehors des phénomènes paralytiques, il n'a présenté aucun autre symptôme maladif, si ce n'est de temps en temps des étourdissements, pendant lesquels il restait immobile et sans pouvoir parler, mais qui étaient sans perte de connaissance, puisqu'il en avait conscience, et il en conservait très bien le souvenir, après qu'ils étaient dissipés.

Il y a trois mois environ, il est tombé dans l'escalier et s'est blessé à la tête ; mais il était sans convulsions, sans écume à la bouche; en se relevant, il savait très bien qu'il était tombé, et disait qu'il avait été simplement un peu étourdi.

État actuel. Pendant les trois mois de son séjour à l'hôpital, ce malade est resté à peu près dans la même situation que nous allons indiquer par ordre de symptômes.

Il était sujet à des étourdissements assez fréquents, mais qui ne déterminaient jamais de chute. Avant ces étourdissements, il éprouvait une sensation qui lui paraissait partir du creux de l'estomac et remonter subitement vers la tête; il se sentait alors obligé de fermer

les yeux, d'y porter la main, de s'arrêter et de s'appuyer sur un objet voisin ; mais jamais il ne perdait connaissance, et jamais non plus il ne tombait. Une fois seulement il fut obligé de se mettre au lit, par suite de l'intensité et de la fréquente répétition de ces étourdissements.

De temps en temps, il éprouve de la pesanteur de tête ; sa vue paraît affaiblie ; il dit surtout y voir très peu de l'œil droit, et lorsqu'il veut bien y voir, être obligé de fermer cet œil avec la main, afin de ne regarder qu'avec le gauche. La pupille droite est, en effet, immobile et très dilatée, depuis son entrée, dilatation qui ne s'est pas modifiée une seule fois pendant tout son séjour ; la gauche, au contraire, toujours moins dilatée que la droite, l'est inégalement, selon les moments. Le malade dit d'ailleurs voir souvent les objets doubles ; mais cette diplopie paraît intermittente, et ne paraît pas due à un strabisme : car les deux yeux se meuvent dans tous les sens. Il y a donc, chez ce malade, affaiblissement de la vue du côté droit, dilatation plus grande de la pupille de ce côté, et de temps en temps diplopie. L'ouïe paraît un peu dure.

La physionomie est assez vive, sans expression d'hébétude. De temps en temps, on constate quelques mouvements spasmodiques dans les muscles des lèvres ; la parole est très notablement embarrassée ; on a quelquefois de la peine à le comprendre, et la voix présente une intonation lamentable toute particulière ; il parle toujours lentement, en bégayant sur chaque mot et en avalant souvent des syllabes.

Indépendamment de cet embarras de la parole, il présente un affaiblissement général, avec tremblement, dans toutes les portions du système musculaire principalement dans les bras et les jambes. Les bras ne sont pas fortement paralysés, puisque le malade les soulève et les remue assez bien ; mais ils manquent de précision dans les mouvements, et laissent facilement tomber les objets ; ils tremblent toujours, surtout quand le malade est debout et même quand il est assis ; mais ils tremblent d'ailleurs plus ou moins, selon les moments. Le malade serre d'ailleurs assez bien avec les deux mains, et peut même tenir ses bras étendus dans la position horizontale, presque sans trembler.

Il peut encore marcher et même descendre les escaliers ; mais

c'est avec beaucoup de peine, en s'appuyant sur les murs ou sur une canne, et en tremblant et en oscillant à chaque pas; il ne se sent nullement solide sur ses jambes, et ne peut consentir à abandonner un point d'appui, de crainte de tomber. Cependant à l'aide des précautions qu'il prend, il n'est pas tombé pendant tout son séjour à l'hôpital; mais sa marche est vacillante, la jambe gauche est peut-être un peu plus faible que la droite: les jambes sont très amaigries, mais non véritablement atrophiées.

La sensibilité paraît amoindrie, surtout du côté gauche du corps, quand on le pince; la jambe gauche est plus engourdie que la droite, le bras gauche est moins sensible que le reste du corps. Le malade indique lui-même une région du côté gauche, au niveau de la hanche et du grand trochanter, où la sensibilité est en effet très obtuse. Il éprouve, surtout la nuit, des crampes et des secousses, ou contractions involontaires, dans les bras et les jambes. L'irritabilité électrique est normale.

L'intelligence est saine, et ne paraît même pas présenter de traces appréciables de débilité: peut-être cependant est-elle moins lucide et moins nette dans certains moments que dans d'autres. Il apprécie bien sa position et son avenir; sa mémoire paraît assez bonne, quoique sa femme prétende qu'elle est un peu affaiblie. Il n'y a d'ailleurs rien d'important à noter dans l'état des autres fonctions, si ce n'est que ce malade est maigre, et présente une coloration jaunâtre, presque cachectique, de la peau, tout en étant dans un état de santé assez satisfaisant. Son appétit est excellent, et souvent même il a faim pendant la nuit. Habituellement constipé, il a été atteint deux ou trois fois de diarrhée. Quelquefois il éprouve de la difficulté à uriner, ne peut y arriver qu'avec peine, et éprouve des douleurs pendant la miction; quelquefois enfin il semble avoir un peu d'incontinence d'urine. Un dernier fait important à noter, c'est un état d'insomnie habituelle; depuis longtemps il ne dort presque jamais. Pendant les trois mois de son séjour à l'hôpital, l'état de ce malade ne s'est guère modifié, quoiqu'il prétendît être amélioré à l'époque de sa sortie, qui eut lieu le 21 décembre 1851. Je n'ai pas eu occasion de revoir ce malade, depuis cette époque. Je suis ainsi privé des moyens d'apprécier la nature du fait qui auraient pu résulter de la marche ultérieure de la maladie.

Réflexions. La profession du malade, l'existence de coliques et de vomissements fréquents et intenses, au début de la maladie, la longue durée de son évolution sans qu'il survienne de trouble notable de l'intelligence ; la fréquence et le caractère des étourdissements, l'existence de la coloration jaunâtre de la peau, de l'affaiblissement presque amaurotique de l'œil droit, avec dilatation continuelle de la pupille et diplopie ; l'anesthésie, surtout prédominante dans certaines parties du corps ; l'insomnie presque absolue me portent à penser que la paralysie chez ce malade peut être attribuée, avec quelque vérité, à l'action lente et prolongée du plomb ; action qui aurait produit des effets différents de ceux qui sont habituels à la suite de l'intoxication saturnine, à cause de la différence dans le mode d'introduction du poison, résultant peut-être de la différence des professions. Dans l'état actuel de la science, cette hypothèse me paraît plus probable que celle d'une paralysie générale des aliénés, restée neuf ans sans présenter de délire, ou même que celle d'une paralysie progressive sans délire, maladie encore peu connue, et que nous avons vue souvent constituée à l'aide de faits variés enlevés arbitrairement au cadre de maladies dans lesquelles ils rentrent tout naturellement.

VIII^e^ Observation : Paralysie générale alcoolique sans délire, datant de sept à huit mois ; amélioration notable au bout d'un court séjour à l'hôpital.

P... (François-Joseph), cinquante-quatre ans, né à Anvers, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 16 (service de Trousseau), 24 janvier 1853.

Son père et sa sœur aînée sont morts d'apoplexie. Ancien soldat, il a d'abord été cocher, puis employé aux écritures dans une fabrique. Il avoue avoir fait souvent abus de liqueurs alcooliques, mais pendant longtemps n'en avoir pas éprouvé d'autres effets que des pesanteurs de tête et un peu d'engourdissement de l'intelligence qu'il dissipait le matin, à l'aide du café ou du tabac. Depuis sept à huit mois, il a commencé à éprouver de la difficulté à travailler, surtout à écrire ; il a ressenti des douleurs de tête assez intenses, à la région

frontale, et enfin il a été obligé de cesser son travail, il y a deux mois environ, à cause du tremblement et de l'affaiblissement général qu'il éprouvait, ainsi que de l'obscurcissement de ses idées et de la faiblesse de sa mémoire, phénomènes pour lesquels il entre à l'hôpital. Il est atteint, en effet, d'un tremblement général qui n'a rien d'excessif, qui paraît plus marqué dans certains moments et surtout aux bras ; il a une conscience parfaite de son état et s'en préoccupe, sans s'en affliger outre mesure. Il n'a pas éprouvé de congestions à la tête, n'a pas de bégayement et n'a présenté ni agitation ni délire caractérisé. Son intelligence est légèrement obscurcie, lente et obtuse, mais il répond d'une manière suivie aux questions qu'on lui adresse et se plaint surtout d'un affaiblissement de la mémoire des faits récents. Pendant la nuit, il dit éprouver des rêves nombreux, principalement relatifs à des sensations de la vue. Il revoit les choses qu'il a vues autrefois en Espagne, et, l'une des dernières nuits, par exemple, il a vu défiler devant ses yeux des troupeaux de bœufs. Il lui arrive souvent de parler tout haut pendant son sommeil.

Il dit ne pas éprouver d'étourdissements et n'avoir jamais perdu connaissance, mais sa vue s'est considérablement affaiblie : lorsqu'il est sur un trottoir, il éprouve la plus grande difficulté à ne pas heurter les personnes qu'il n'aperçoit pas très nettement. La vue ne paraît pas plus affaiblie d'un côté que de l'autre; la pupille gauche est un peu plus large que la droite, sans être cependant très dilatée. L'ouïe est également affaiblie, surtout à droite, à ce qu'il prétend; il éprouve une céphalalgie frontale presque constante. La langue tremble, lorsqu'elle est tirée de la bouche, ainsi que les muscles des lèvres, mais ce tremblement n'a rien d'excessif et n'existe pas quand les muscles sont au repos ; les muscles des sourcils , des paupières, et des diverses parties de la face, tremblent également quand le malade leur imprime des mouvements. Lorsqu'on le fait souffler, les deux joues se dilatent également, et il n'y a pas de déviation apparente de la commissure labiale. La parole ne paraît pas embarrassée; il semble bien exister de temps en temps une sorte d'hésitation dans le langage, mais elle paraît plutôt tenir à la lenteur de la pensée qu'à une gêne dans les mouvements; il dit lui-même n'avoir jamais éprouvé de difficulté à parler, et que si quelques personnes l'ont prétendu cela tenait à ce qu'il était habitué à parler

le flamand. Il serre assez bien avec les mains, mais il éprouve de la difficulté à soulever des objets qu'il portait facilement autrefois. Il éprouve des douleurs dans les mains et les avant-bras, et un affaiblissement tel des doigts qu'il ne peut plus écrire. Lorsqu'il veut y parvenir, il est obligé d'user de subterfuge et de soutenir la plume d'une main, tandis qu'il cherche à écrire avec l'autre. Les bras étendus, tremblent d'ailleurs d'une manière évidente, quoique non excessive. Il ressent dans les jambes les mêmes douleurs que dans les bras, mais surtout depuis les orteils jusqu'aux genoux; ces douleurs, qui se prolongent quelquefois jusqu'aux reins, s'accompagnent souvent d'un sentiment de fatigue, surtout manifeste au moment où il veut se mettre à marcher; il éprouve de la peine à se lever et à se mettre en mouvement, sans osciller; il est même un instant sur le point de perdre l'équilibre. Une fois qu'il est en route il marche assez facilement et peut même se tenir debout presque sans trembler, mais quelquefois il tombe en faisant un faux pas, par suite de la faiblesse de ses jambes. Il ne sent pas les pieds engourdis ; il n'y éprouve pas de fourmillements, mais la sensibilité y est obtuse et émoussée, comme d'ailleurs dans le reste du corps. Il faut en effet le pincer fortement pour provoquer de la douleur.

En dehors de ces phénomènes de faiblesse et de tremblement, il ne se sent pas malade, a un appétit bon et régulier, n'a pas de maux d'estomac et n'éprouve pas de vomissements le matin. Au bout de moins de dix jours de séjour à l'hôpital, son état s'était très sensiblement amélioré. Le tremblement et la faiblesse musculaire avaient notablement diminué, l'intelligence était plus nette, la mémoire moins affaiblie, mais ces symptômes persistaient tous, quoiqu'à un degré moindre. Le malade dit avoir éprouvé plusieurs fois déjà de ces alternatives d'amélioration et d'aggravation de sa maladie, qui sont probablement en rapport avec les excès auxquels il se livre. Il est sorti, au bout d'une dizaine de jours, dans un état d'amélioration assez marquée.

IXe Observation. — Paralysie générale alcoolique avec trouble dans les idées, tendances hypocondriaques, illusions et hallucinations de la vue ; guérison.

A... (Jean-François), quarante et un ans, garçon de bureau, né dans la Moselle.

Habituellement bien portant et régulier dans son service, peu à peu, et par suite de divers chagrins, il s'adonne à la boisson d'une manière intermittente ; il s'y livre d'une manière assez modérée pour pouvoir continuer son service, avec une certaine régularité, mais d'une manière assez prononcée cependant pour éprouver de temps en temps des étourdissements, des pesanteurs de tête, des vertiges, qui, sans le faire tomber, le portent souvent à s'appuyer sur un objet voisin ; il les considère comme de nature congestive, se fait saigner plusieurs fois, mais ils n'en persistent pas moins au même degré. En même temps qu'il éprouve ces symptômes physiques, il commence à ressentir de temps en temps de l'obtusion dans les idées ; il continue à faire son service, mais il n'a pas toujours les idées nettes ; l'intelligence est lente, un peu obscure ; il comprend avec plus de difficulté et moins vite, et cela surtout dans certains moments et certains jours, car d'autres fois au contraire son intelligence a toute sa lucidité habituelle. Dans certains moments, il éprouve des sortes de demi-absences ; la mémoire s'affaiblit ; quelquefois, sorti pour faire une commission, il ne se rappelle, ni pourquoi il est sorti, ni où il va, et revient sur ses pas, en s'affligeant de cet état, dont il a parfaitement conscience. En même temps, il éprouve une grande tendance aux idées hypocondriaques, se préoccupe beaucoup de sa situation, croit avoir perdu complètement la mémoire, s'imagine qu'il va perdre sa place, devenir infirme et incurable, et au lieu de remédier à la cause probable de ces accidents, se traite comme si le sang lui montait à la tête, et cherche même à noyer son chagrin dans le vin. Les accidents, au lieu de diminuer, augmentent lentement dans l'espace de sept à huit mois environ ; il finit par éprouver du tremblement et de la faiblesse, surtout dans les membres inférieurs et dans la parole ; de temps en temps, des éblouissements et des visions ; la nuit, surtout lorsqu'il était éveillé, il apercevait des multitudes de petits objets scintillants

qui lui passaient devant les yeux ; enfin il éprouva de temps en temps un véritable état de délire, ordinairement calme et vague, pendant lequel il avait des visions de nature presque toujours effrayante, composées d'insectes, d'animaux, d'objets scintillants, passant constamment devant ses yeux. Il conversait avec des interlocuteurs imaginaires, se croyait poursuivi par eux, avait des frayeurs, des anxiétés continuelles, qui n'allaient pas jusqu'au degré d'un véritable accès de *delirium tremens*, mais qui en étaient une sorte de diminutif. Cet état, joint aux idées hypocondriaques exagérées et à l'obtusion de l'intelligence, ci-dessus mentionnée, le fit considérer comme aliéné, et on songea à l'envoyer à Bicêtre. Mais indépendamment de ces phénomènes psychiques, qui avaient surtout fixé l'attention, le médecin qui l'examina fut frappé de l'existence concomitante de phénomènes paralytiques dont le malade avait parfaitement conscience, et sur lesquels il attirait lui-même avec complaisance l'attention du médecin. Il avait d'ailleurs également conscience du trouble de son intelligence, et disait qu'il était victime d'illusions nombreuses. L'affaiblissement musculaire, surtout manifeste aux membres inférieurs, existait aussi aux membres supérieurs. Le malade était, en outre, affecté d'un tremblement des membres, assez marqué. Aussitôt qu'il voulait marcher, il lui semblait que ses jambes ne pourraient le porter, et il sentait ses genoux fléchir sous lui; sa marche était assez analogue à celle de certains paraplégiques ; les bras étendus tremblaient, soutenaient difficilement les objets, et le malade serrait très faiblement avec les mains ; la langue, sortie de la bouche, était tremblante, et il y avait embarras de la parole. D'après l'ensemble de ces symptômes, il était permis de croire, chez ce malade, à l'existence d'un commencement de paralysie générale ; cependant, au bout d'un mois environ de séjour à l'hôpital, on vit diminuer considérablement, et enfin cesser complètement, ces symptômes physiques et moraux qui paraissaient si graves au premier abord, et depuis près de six mois que le malade est sorti de l'hôpital et a repris son service, avec la résolution bien arrêtée de ne plus se livrer aux mêmes excès de boissons, ces phénomènes maladifs ne se sont pas reproduits.

Xe Observation.— Paralysie alcoolique avec obtusion très prononcée des facultés intellectuelles, illusions et hallucinations de la vue ; guérison des symptômes physiques, amélioration très grande de l'état de l'intelligence.

M. L..., âgé de trente-deux ans, propriétaire, après avoir fait depuis longtemps de nombreux excès de boisson, et avoir déjà éprouvé plusieurs accès de *delirium tremens*, fut atteint, dans le mois de juillet 1852, d'un nouvel accès qui débuta par de l'agitation, de la violence et de nombreuses illusions et hallucinations, principalement de la vue. Appelé à l'observer au déclin de l'accès, à la période de stupeur, je constatai les faits suivants : sa physionomie exprimait l'étonnement, l'hébétude : il avait le regard fixe et hagard, n'était pas agité, se tenait convenablement et présentait, à première vue, les apparences de la raison, mais il avait un grand besoin de mouvement et ne pouvait rester un moment en place. Il se laissait facilement entraîner par le bras où l'on voulait, mais il éprouvait le besoin de marcher, et il forçait même à marcher vite pour le suivre. Il était d'ailleurs constamment disposé à quitter le bras qu'on lui offrait pour se retourner brusquement et marcher dans une autre direction. Il ne semblait faire attention, ni à ceux qui l'entouraient, ni à ce qu'on lui disait. Son intelligence était évidemment affaiblie, ainsi que sa mémoire ; cependant, on parvenait quelquefois à le faire répondre assez bien à certaines questions, et même à lui faire donner quelques renseignements sur ses antécédents et sur ses habitudes d'ivresse ; mais un instant après, il exprimait quelques idées délirantes sans suite et difficiles à saisir, et ne semblait, ni comprendre ni même entendre plusieurs questions qu'on lui adressait. Il était comme absent et absorbé ; il paraissait constamment inquiet, disait à chaque instant que quelqu'un l'attendait, que sa femme était là ; qu'il devait nous quitter pour aller la rejoindre, et au milieu de réponses assez justes, relativement à lui-même, il se croyait dans un quartier de Rouen : il y avait donc chez lui absence de conscience du lieu où il était et des personnes qui l'entouraient. Il ne s'était pas aperçu de son voyage et ne savait, ni où il était ni comment il y était venu. Il se plaignait à chaque instant de voir, devant ses yeux ou par terre, des insectes, des reptiles, et une foule de

petits objets, et d'entendre continuellement le chant des oiseaux.

Independamment de ces phénomènes intellectuels, il présentait les phénomènes physiques suivants : il disait avoir les doigts engourdis et éprouvait dans la paume de la main la sensation singulière d'une pièce de monnaie qu'on y aurait introduite sous la peau, qu'il cherchait à enlever et qu'il se plaignait de ne pouvoir retirer. Il accusait une diminution de la vue, bégayait à un degré modéré; ses lèvres et sa langue tremblaient d'une manière peu prononcée, ainsi que tout son corps, mais surtout les extrémités supérieures; il sautillait et trébuchait en marchant, et sa démarche était très incertaine. On voyait qu'il n'était pas solide sur ses jambes.

Peu à peu, ces phénomènes physiques, ainsi que la stupeur, diminuèrent d'une manière très notable. Il ne resta bientôt plus que l'affaiblissement de l'intelligence, sans trouble véritable, et le malade, privé pendant plusieurs mois de liqueurs alcooliques, s'est trouvé enfin presque sans aucun symptôme physique et très amélioré au moral ; seulement, il est à craindre que de nouveaux excès ne reproduisent chez lui, comme cela a déjà eu lieu plusieurs fois, des phénomènes analogues ou même de plus en plus graves.

IV

DES DIVERSES PARALYSIES GÉNÉRALES (1)

— 1855 —

La paralysie générale, d'abord exclusivement étudiée par les aliénistes, fixe aujourd'hui l'attention de tous les médecins. Existe-t-il plusieurs espèces de paralysie générale ou n'en existe-t-il qu'une seule? Observe-t-on des paralysies générales sans délire, et celles qui présentent du délire débutent-elles par le trouble de l'intelligence ou par le trouble de la motilité? Telles sont les questions principales que chacun pose, qui sont devenues l'objet de discussions nombreuses et qui sont encore loin d'être complètement résolues. Les faits publiés sont trop peu nombreux pour permettre, dans l'état actuel de la science, de formuler une conclusion définitive. Mais des éléments assez variés ont été produits, des opinions assez divergentes ont été émises, pour qu'il soit utile de les discuter, et de chercher à préciser les termes de la discussion.

Un court historique est indispensable avant de se livrer à cet examen.

Les premières études sur la paralysie générale ne remontent pas au delà du commencement de ce siècle. Signalée par Haslam, en 1798, cette maladie fut d'abord observée avec soin, à Charenton, par Royer-Collard et ses élèves, et décrite pour la première fois par Bayle, en 1822, sous le nom de *méningite chronique*. Depuis, Delaye en fit également l'objet de sa dissertation inaugurale, en 1824, sous le titre de *Paralysie générale incomplète;* enfin, parurent, en 1825 et 1826, les deux ouvrages importants de Bayle et Calmeil, le premier intitulé, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, t. I, *maladies mentales*, et le second, *De la para-*

(1) Extrait des *Archives générales de médecine*, février 1855.

lysie considérée chez les aliénés. Ces auteurs ont décrit la maladie avec tant de soin, qu'ils ont laissé peu de chose à faire, sous ce rapport, à leurs successeurs.

Jusque-là, la paralysie générale avait été étudiée exclusivement dans les asiles consacrés aux maladies mentales, et portait encore le nom de *paralysie générale des aliénés.* Delaye avait cité, il est vrai, un fait auquel il avait cru pouvoir donner le nom de *paralysie générale incomplète sans délire.* Esquirol, Bayle et Calmeil, ainsi que Parchappe, avaient aussi signalé des cas où la maladie avait débuté par les symptômes paralytiques; Ferrus, dans ses cours à l'hospice de Bicêtre (1), avait insisté également sur l'existence de quelques cas de ce genre. Mais ces faits étaient considérés par tous les aliénistes comme très exceptionnels; d'ailleurs, tout le monde reconnaissait que, dans ces circonstances mêmes, le trouble de l'intelligence ne tardait pas à suivre de près la lésion de la motilité, et que, dans l'immense majorité des cas, il la précédait. Deux opinions seulement existaient alors parmi les médecins spécialistes relativement à cette affection; les uns, comme Bayle et Parchappe, admettaient qu'elle constituait une espèce particulière de maladie mentale, distincte, dès le début, des autres formes de la folie, à laquelle le premier donnait le nom de *méningite chronique*, et le second, celui de *folie paralytique;* les autres, avec Esquirol et M. Calmeil, considéraient la paralysie générale comme une complication ou même comme une terminaison de toutes les formes de l'aliénation mentale.

Tel était l'état de la science, lorsque, en 1846, Requin (2) rapporta un cas de paralysie générale observée pendant longtemps sans trouble de l'intelligence, et crut dès lors devoir imposer à cette maladie le nom de *paralysie générale progressive*, puisqu'elle pouvait se présenter avec ou sans délire, sans cesser néanmoins de constituer une seule et même affection. C'est de cette époque environ que datent les premiers travaux sur la paralysie générale sans délire, travaux qui ont profondément modifié les idées des médecins, au sujet de cette maladie.

En même temps, on commençait à observer dans les hôpitaux de

(1) Ferrus, *Gazette des hôpitaux*, 1838.
(2) Requin, *Éléments de pathologie*, t. II, p. 90.

Paris, ainsi que dans la pratique civile, quelques cas de paralysie générale incomplète, analogues à ceux dont on n'avait jusque-là rencontré des exemples que chez les aliénés.

D'un autre côté, Baillarger, recherchant avec plus de soin les antécédents des aliénés paralytiques, arrivait à se convaincre que, chez ces malades, la paralysie précédait le plus souvent le développement du délire, contrairement à l'avis de tous ses prédécesseurs. Dans une de ses leçons (1), cet auteur admit que la paralysie était, dans cette affection, le phénomène primitif et principal, tandis que le délire n'était que secondaire, survenait ordinairement après la paralysie, pouvait même disparaître pendant le cours de la maladie, et que par conséquent la paralysie générale devait être séparée de la folie pour constituer une maladie distincte et indépendante. M. Baillarger développa de nouveau cette thèse dans divers articles (2).

Lunier vint à son tour (3) apporter à cette opinion l'appui d'un certain nombre d'observations recueillies dans les hôpitaux de Paris. Dans ces observations, il constata l'existence d'une paralysie générale incomplète, semblable à celle des aliénés, qui existait depuis plusieurs années, sans que le délire se fût manifesté, ou du moins qui ne s'accompagnait que de très légères traces de démence ou d'affaiblissement de l'intelligence; il en conclut, comme M. Baillarger, que la paralysie générale des aliénés, qu'il préférait appeler *progressive*, pouvait exister pendant plusieurs années sans être accompagnée du trouble des facultés intellectuelles, que ce trouble consistait le plus souvent dans un simple affaiblissement, et non dans un délire caractérisé, que par conséquent cette affection devait être séparée de la folie, et former ainsi une maladie à part.

Brierre de Boismont (4) contesta d'abord l'existence de ces faits

(1) Baillarger, *Gazette des hôpitaux*, 1846.

(2) Baillarger, *Notes et leçons sur la paralysie générale* (*Ann. méd.-psychol.*, t. VIII, p. 424 et suiv., 1846; t. IX, p. 331, 1847, et 2e série, t. V, 1853).

(3) Lunier, *Recherches sur la paralysie générale progressive* (*Annales médico-psychologiques*, 1849).

(4) Brierre de Boismont, *Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives* (*Ann. médico-psychologiques*, 2e série, t. III, p. 177, 1851; et Supplément au *Dictionnaire des dictionnaires*, par A. Tardieu, 1851, art. *Paralysie générale progressive*).

de paralysie générale sans délire, observés en dehors des asiles d'aliénés ; il soutint que le léger trouble de l'intelligence constaté chez ces malades était le prélude et l'indice assuré du désordre qui surviendrait ultérieurement dans leur esprit. Cependant, quelques mois après, convaincu par l'examen direct de ces malades, il revint sur ce que sa première opinion avait de trop absolu, et reconnut l'existence de paralysies générales sans aliénation ; seulement, il chercha à démontrer que ces paralytiques différaient, sous plusieurs rapports, des aliénés atteints de paralysie générale, qu'ils ne devaient pas être confondus avec eux, et qu'ils devaient au contraire former une classe particulière sous le nom de *paralysie générale sans aliénation*.

A la même époque, Sandras (1) établissait également, par des observations recueillies dans son service de l'hôpital Beaujon, qu'il existait des paralysies générales sans délire, lesquelles devaient être distinguées de la paralysie des aliénés, attendu qu'elles étaient souvent susceptibles de guérison, ou bien qu'elles pouvaient se prolonger pendant plusieurs années sans altération aucune de l'intelligence ; Sandras cherchait alors à donner une description spéciale de cette paralysie progressive, description qu'il a depuis considérablement développée (2).

La question de la paralysie générale sans délire en était arrivée à ce point, lorsque Duchenne (de Boulogne) (3) et Brierre de Boismont, se livrant à des expériences comparatives sur l'état de la contractilité électrique chez les aliénés paralytiques et chez un certain nombre de paralytiques sans délire, observés dans les hôpitaux, crurent pouvoir poser en principe : que l'état de la contractilité électrique chez les divers malades atteints de paralysie générale pouvait fournir un moyen certain de diagnostic pour déterminer si le malade soumis à l'observation resterait exempt de trouble de l'intelligence, ou si le délire surviendrait ultérieurement ; ils arrivèrent en effet à cette conclusion : *Dans la paralysie générale des aliénés, la contractilité électrique reste intacte jusqu'à la mort,*

(1) Sandras, *Bulletin de thérapeutique*, 1848, et *Union médicale*, 1850-51.
(2) Sandras, *Traité des maladies nerveuses*, t. II, 1851.
(3) Duchenne (de Boulogne), *De l'Electrisation localisée ;* Paris, 1855.

tandis que, dans la paralysie sans aliénation, elle est diminuée ou abolie dans un certain nombre de muscles.

Cette manière de voir, contredite par Sandras, repose encore sur un trop petit nombre d'observations pour pouvoir être admise sans conteste dans la science. Mais il importe de constater que de l'apparition de ce moyen de diagnostic, basé sur l'électricité, date une nouvelle phase dans l'histoire de l'affection qui nous occupe ; car, à la faveur de ce nouveau mode d'exploration, Brierre de Boismont et Duchenne de Boulogne ont introduit dans cette question, déjà si complexe, un nouvel élément qui n'y avait pas encore figuré jusque-là, celui des *paralysies générales atrophiques* ; or, sous peine de tomber dans une confusion inextricable, il faut nécessairement éliminer cette nouvelle série de faits et distinguer ces paralysies atrophiques des cas admis jusque-là par tous les auteurs, et par Brierre de Boismont lui-même, comme exemples de paralysie générale sans aliénation.

Au milieu de cette divergence d'opinions, que penser de l'existence de la paralysie générale sans délire et des différences qu'elle présente avec celle des aliénés? A l'observation ultérieure seule il appartient de trancher définitivement cette question. La plupart des médecins qui exercent dans les hôpitaux, ou même dans la pratique civile, affirment avoir observé et suivi, pendant plusieurs années, des malades présentant un affaiblissement musculaire général avec embarras de la parole et dont l'intelligence n'était nullement troublée. Une pareille observation collective, renouvelée dans des conditions si diverses, est certainement très respectable et mérite d'être prise en considération ; mais il est impossible aussi de ne pas tenir grand compte de son observation personnelle, faite sans idées préconçues. Or, lorsqu'un médecin aliéniste, ayant l'habitude de constater les plus légères altérations de l'intelligence et du caractère, vient à observer un de ces malades qu'on lui présente comme exemple de paralysie générale sans délire, il est rare qu'il ne découvre pas chez lui quelque trace d'affaiblissement ou de désordre intellectuel qui lui permette de pronostiquer l'apparition prochaine d'un délire mieux caractérisé. Il est sans doute quelques cas où l'intelligence paraît dans un état d'intégrité parfaite (j'y reviendrai tout à l'heure avec détails); mais, le plus souvent, on ne saurait le nier, le

trouble de l'intelligence qui échappe à un examen rapide devient manifeste pour un observateur exercé. D'ailleurs, telle n'est pas, selon nous, la principale question que soulève actuellement l'étude de la paralysie générale progressive. L'important n'est pas de savoir si toutes les paralysies générales se terminent oui ou non par l'aliénation, mais de déterminer si l'on ne réunit pas sous un même nom des faits de divers ordres qu'il faudrait d'abord répartir dans les différentes espèces morbides auxquelles ils appartiennent, avant de se livrer à des considérations générales sur un type artificiel ; or telle est, selon nous, la cause principale de dissidences nombreuses dont nous sommes chaque jour les témoins. Il est impossible, ce nous semble, de parcourir attentivement les observations, peu nombreuses il est vrai, publiées jusqu'à ce jour par divers auteurs, sans être frappé des différences capitales que présentent entre elles, non-seulement les observations de deux auteurs différents, mais celles d'un même auteur. Il suffit qu'un malade offre un affaiblissement plus ou moins général et plus ou moins complet des mouvements, accompagné d'embarras de la parole, pour qu'on le fasse rentrer dans le cadre de la paralysie générale progressive. Que la maladie ait une date ancienne ou récente, qu'elle soit ou non accompagnée de délire, que le début ait été lent ou subit, qu'il y ait ou non prédominance de la paralysie d'un côté du corps, que la paralysie soit légère ou presque complète, enfin, qu'elle ait commencé par être partielle ou qu'elle ait été générale dès le début ; dans tous ces cas, pourvu qu'elle consiste dans un affaiblissement général des mouvements, on la range dans la même espèce nosologique.

On paraît oublier complètement que procéder ainsi c'est faire l'étude d'un symptôme et non celle d'une maladie ; c'est agir comme si l'on faisait l'histoire de l'hémiplégie au lieu de la rapporter aux maladies diverses qui lui donnent naissance ; c'est imiter les anciens, qui traitaient de la dyspnée ou de la fièvre, au lieu de s'occuper des maladies qui tiennent ces deux phénomènes sous leur dépendance.

Que résulte-t-il de cette direction de la science dans la question qui nous occupe ? Il en résulte la plus grande confusion dans les mots et dans les idées. Très souvent on désigne les mêmes faits sous des dénominations différentes, et plus souvent encore on réunit sous le même nom les faits les plus dissemblables.

Que voyons-nous, par exemple, parmi les auteurs que nous avons cités précédemment ?

Lunier rapporte, comme exemples de paralysie générale progressive, des faits qui diffèrent singulièrement les uns des autres ; plusieurs d'entre eux devraient plutôt figurer parmi les paralysies alcooliques, ou être attribués à diverses maladies cérébrales, telles que l'apoplexie, le ramollissement ou l'hydrocéphale chronique, qu'être rangés parmi les paralysies progressives ; les autres au contraire sont de véritables paralysies des aliénés débutant par les symptômes paralytiques. Et c'est sur une pareille réunion de faits que cet auteur fait reposer la description d'une espèce morbide !

M. Baillarger, qui exclut de l'histoire de la paralysie générale un plus grand nombre de faits dissemblables que les autres auteurs, et dont le diagnostic différentiel est ainsi plus précis et plus rigoureux, confond néanmoins, à dessein, avec la paralysie des aliénés diverses maladies qui mériteraient, selon nous, d'en être séparées, telles que le tremblement des vieillards, les apoplexies et les ramollissements anciens, l'hydrocéphale chronique, etc. Ces éléments étrangers donnent au tableau qu'il trace de la paralysie des aliénés un cachet particulier qui le fait différer sous plusieurs rapports de celui tracé par les autres médecins aliénistes.

Brierre de Boismont fait figurer dans sa description de la paralysie progressive tout à la fois des faits de paralysie des aliénés, débutant sans délire, et des cas de paralysie atrophique, avec diminution de la contractilité électrique, qu'on ne peut songer à comparer à la paralysie des aliénés, tant ils en diffèrent sous tous les rapports, même en dehors du signe différentiel emprunté à la galvanisation.

Sandras, tout en admettant que la paralysie progressive est un type générique renfermant des faits de cause et de nature très diverses, fait néanmoins une description uniforme et très détaillée de ce qu'il appelle la *paralysie générale sans aliénation*, par opposition à la *paralysie des aliénés*, dont il abandonne l'étude aux aliénistes. Cette description renferme certainement un grand nombre de traits intéressants que personne jusqu'ici n'avait réunis en aussi grand nombre ; mais elle nous paraît pécher par la base, puisqu'elle comprend, de l'aveu même de l'auteur, les faits les plus

dissemblables, c'est-à-dire des faits de paralysies saturnines, chlorotiques, hystériques, alcooliques, rhumatismales, atrophiques, médullaires, des apoplexies incomplètement guéries, etc., réunis dans le même chapitre et sous le même nom, par cela seul qu'ils présentent le point commun d'une paralysie plus ou moins généralisée et plus ou moins complète. Par suite d'un pareil mélange, la symptomatologie de cette affection ressemble tantôt à celle d'une maladie de la moelle qui débute par les membres inférieurs, qui est ascendante dans sa marche et progressive en étendue et non en intensité; tantôt au contraire cette description se rapproche de celle des paralysies atrophiques qui marchent des extrémités vers le centre, et tantôt enfin elle semble reposer réellement sur l'observation des paralysies générales, caractérisées plutôt par une sorte d'irrégularité des mouvements que par une paralysie proprement dite. Comment baser des conclusions générales sur un ensemble de faits si disparates? Sandras affirme, par exemple, avoir guéri un certain nombre de paralysies progressives sans délire, et nous le croyons sans peine s'il veut parler des paralysies chlorotiques, hystériques, rhumatismales et alcooliques, qui figurent évidemment dans sa description. Mais peut-il en dire autant des autres paralysies générales qu'il réunit cependant aux précédentes dans un même chapitre? Il en est de même du signe tiré de l'état de la contractilité électrique. Sandras conteste, avec raison, la valeur de ce signe pour distinguer les paralysies sans délire de celles avec délire; il assure avoir vu des malades atteints de paralysie sans délire dont la contractilité électrique était intacte, et d'autres chez lesquels cette propriété était diminuée ou abolie. Rien de plus simple en effet que ce résultat, même en se basant sur les expériences de Duchenne, puisque Sandras applique indistinctement le nom de *paralysie progressive* à des paralysies atrophiques, médullaires et saturnines, qui doivent présenter une diminution de la contractilité électrique, et à des paralysies hystériques et rhumatismales, etc., dans lesquelles cette propriété doit être conservée. Mais, d'un autre côté, on doit conclure de ces faits, avec Sandras, que le diagnostic différentiel fondé sur la galvanisation n'a pas la valeur qu'on lui attribue, puisque la contractilité électrique se trouve conservée ou diminuée dans des cas également sans délire. Cette confusion nous paraît la cause

principale de la discussion qui existe sous ce rapport entre Sandras et Duchenne de Boulogne.

Ce dernier auteur à son tour a décrit la paralysie générale sans aliénation, qu'il appelle *spinale*, et sa description, qui se rapproche de celle de Brierre de Boismont, diffère totalement de celle des autres auteurs, et en particulier de Sandras. Cela tient à ce qu'il ne prend en considération, pour déterminer cette nouvelle unité morbide, que la manière dont elle se comporte vis-à-vis de l'électrisation localisée. Il élimine, en conséquence, tous les faits qui présentent la conservation de la contractilité électrique et n'y fait figurer que ceux dans lesquels on constate une diminution de cette propriété. Les observations sur lesquelles Duchenne fait reposer cette paralysie spinale sont peu nombreuses, et jusqu'à présent elle ne paraît pas encore avoir acquis droit de cité dans la science. Ce qu'il importe ici seulement de constater, ce sont les deux points suivants : d'abord, Duchenne ne désigne pas sous le nom de *paralysie générale sans aliénation* la même maladie que Sandras et les autres auteurs ; en second lieu, malgré la protestation énergique de Duchenne, les faits qu'il décrit sous ce nom nous paraissent se rapprocher singulièrement de ceux qu'Aran et Cruveilhier ont rapportés à l'atrophie musculaire progressive. Duchenne établit deux caractères principaux pour séparer cette paralysie atrophique spinale de l'atrophie musculaire progressive :

« 1° Dans la paralysie spinale, dit-il, la contractilité électrique est diminuée ou abolie ; dans l'atrophie musculaire, au contraire, elle est conservée tant qu'il existe encore une fibre musculaire.

« 2° Dans l'atrophie progressive, l'altération de structure des muscles précède l'abolition du mouvement, tandis que c'est l'inverse dans la paralysie spinale. » A ces caractères principaux, il ajoute que, dans la paralysie spinale, l'affaiblissement musculaire semble frapper à la fois toute une région, tandis que, dans l'autre maladie, l'atrophie atteint isolément et capricieusement certains muscles d'une région, tout en respectant les muscles voisins ; enfin, la paralysie spinale paraît débuter en général par les membres inférieurs tandis que l'atrophie musculaire commence presque toujours par les membres supérieurs.

L'atrophie musculaire progressive, ainsi que la paralysie spinale

de Duchenne, sont des maladies sur la nature distincte ou identique desquelles il est bien difficile de se prononcer définitivement, peut-être y verra-t-on plus tard deux variétés d'une même affection plutôt que deux espèces morbides différentes. Les opinions ont été trop partagées sur la nature de l'atrophie musculaire progressive dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine (1) pour que l'on puisse affirmer, dans l'état actuel de la science, si c'est une véritable paralysie ou bien si elle a son siège dans les muscles ou le système nerveux périphérique. Or, selon que l'on adopte telle ou telle opinion, on rapproche ou on éloigne cette affection de la paralysie spinale décrite par Duchenne. Quant à nous, malgré les différences signalées par cet auteur et par Brierre de Boismont, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer l'extrême analogie qui existe entre les faits rapportés par eux sous le nom de *paralysie sans aliénation* et ceux relatés par Aran et Cruveilhier sous celui d'*atrophie musculaire progressive*. Dans ces deux ordres d'observations, en effet, il y a intégrité parfaite de l'intelligence et de la sensibilité et lésion exclusive de la motilité, double caractère fondamental assigné par Aran et Cruveilhier à l'atrophie progressive. Dans les deux cas, il y a atrophie des muscles et même transformation graisseuse, ainsi que Duchenne le constate pour un fait de paralysie spinale dont l'autopsie a été faite dans le service d'Andral ; dans les deux cas encore, la paralysie commence par être partielle, se généralise assez lentement et marche progressivement des extrémités vers le centre ; dans les deux cas, enfin, certains muscles de la même région sont plus fortement atteints que d'autres. De plus, toujours d'après le même auteur, la contractilité électrique n'est que diminuée et non abolie dans la paralysie spinale (excepté à la dernière période) ; elle l'est *inégalement* dans les muscles d'une même région ; souvent même, au début de la maladie, il est difficile de distinguer si elle est réellement affaiblie et dans quels muscles existe cet affaiblissement, car il n'atteint d'abord que quelques muscles isolément, comme dans l'atrophie. Ainsi, Duchenne reconnaît qu'il n'y a guère entre ces deux maladies, même au point de vue de l'électricité, que des nuances dans le degré de diminution de la contractilité élec-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1855.

trique, et par conséquent le signe distinctif qu'il prétend établir entre elles est loin d'être aussi rigoureux et aussi absolu qu'il le soutient. Duchenne de Boulogne, ainsi que Brierre de Boismont, ont donc décrit, comme paralysie générale sans aliénation, des faits de paralysie atrophique, avec diminution de la contractilité électrique, qui diffèrent sous tous les rapports de la paralysie des aliénés et qui pourraient s'en distinguer facilement par tous les autres symptômes et par leur marche, indépendamment du signe différentiel qu'ils ont cherché à faire prévaloir. Mais ce qu'il est essentiel de bien faire ressortir, c'est que ces deux médecins, en donnant la diminution de la contractilité électrique comme signe pathognomonique de la paralysie sans aliénation, ont exclu par cela même du cadre de cette affection toutes les paralysies sans délire sur lesquelles existait préalablement la discussion, les seules qui soient réellement difficiles à distinguer, par l'ensemble de leurs symptômes, de la paralysie des aliénés. On peut donc dire avec vérité que leur criterium n'est applicable qu'aux faits où le diagnostic ne présente aucun embarras, et que, dans les cas difficiles, délicats, il cesse de pouvoir rendre des services. Ces auteurs affirment en effet que toutes les paralysies sans délire, avec conservation de la contractilité électrique, aboutissent tôt ou tard à l'aliénation, c'est-à-dire qu'ils tranchent la question en litige sans la résoudre.

Que faut-il conclure de l'examen des opinions si diverses que nous venons de passer en revue ? Nous concluons que la confusion la plus grande règne aujourd'hui dans la science relativement aux faits groupés artificiellement sous une même dénomination, et qu'il importe d'établir des distinctions, si l'on veut aboutir à quelques résultats pratiques, sous le rapport du diagnostic comme sous celui du pronostic et du traitement.

La cause principale de ces confusions nous paraît résider dans l'idée qu'on se fait généralement de la paralysie des aliénés, maladie qui a servi de point de départ à l'étude de la paralysie progressive, et qui est encore aujourd'hui le terme de comparaison pour les divers faits qu'on décrit sous le nom de *paralysie générale*. On s'imagine habituellement que la paralysie des aliénés est une véritable paralysie, analogue à celles qui sont produites par des affections

organiques du cerveau ou de la moelle; partant de cette fausse donnée, on n'hésite pas à comparer à cet état des paralysies beaucoup plus complètes et beaucoup plus prononcées. Or, on ne saurait trop le répéter, la paralysie des aliénés n'est pas, à proprement parler, une véritable paralysie. Comme le Dr Lasègue l'a parfaitement établi (1) et comme l'ont fait aussi les premiers auteurs qui ont écrit sur cette matière, cette maladie consiste plutôt dans une irrégularité de la contraction musculaire, dans une sorte de tremblement ou d'état spasmodique qui donne aux mouvements un caractère brusque, saccadé et imprécis, que dans un véritable affaiblissement prononcé de la motilité ; c'est seulement à la dernière période de cette affection que les malades sont obligés de garder le lit, et encore peuvent-ils toujours mouvoir leurs membres jusqu'à la mort. D'ailleurs, jamais l'amaigrissement musculaire, alors même qu'ils sont dans le marasme, n'est porté au point de pouvoir être qualifié d'atrophie. On oublie trop que la paralysie des aliénés constitue réellement un type distinct dans la pathologie, parce qu'elle repose, comme unité morbide d'une part sur les caractères spéciaux de la paralysie, et d'autre part sur un ensemble de signes tirés des lésions anatomiques, de la nature spéciale du délire, et d'une marche particulière.

Or les caractères spéciaux de cette paralysie peuvent se résumer ainsi : elle est incomplète, c'est-à-dire qu'elle consiste en un léger affaiblissement de la motilité, qui, dans aucun cas, ne peut être porté jusqu'à l'impossibilité de se mouvoir ; elle est générale, c'est-à-dire qu'elle affecte à la fois et dès le début toutes les parties du système musculaire sans prédominer dans aucune d'une manière très prononcée; elle est progressive, c'est-à-dire qu'elle augmente très lentement en intensité, mais qu'elle ne progresse pas en étendue ; enfin elle est, dès son début, accompagnée d'embarras de la parole. Si l'on joint à ces signes, puisés dans la nature particulière de la paralysie, ceux que fournissent les autres symptômes de la maladie et les lésions constatées à l'autopsie, on a tous les éléments pour établir un type réellement distinct et bien déterminé; il devient alors possible de le distinguer, dans le plus grand nombre des cas, de tous

(1) Lasègue, *De la Paralysie générale progressive*; thèse pour l'agrégation, 1853.

les autres états que l'on tend aujourd'hui à confondre avec lui.

C'est pour avoir perdu de vue ce point de départ fixe et solide que l'on a introduit la confusion dans la question de la paralysie générale progressive.

En examinant, en effet, à l'aide de ce critérium, les divers faits réunis aujourd'hui sous ce titre générique, on arrivera, nous le croyons, à se convaincre que la plupart de ces faits ne sont que des débuts sans délire de la paralysie des aliénés, ou bien peuvent rentrer dans le cadre de diverses maladies connues. Les apoplexies anciennes, incomplètement guéries, les ramollissements du cerveau à marche lente, certaines affections organiques du crâne ou de la masse encéphalique, peuvent donner lieu aux symptômes d'une paralysie plus ou moins généralisée, susceptible d'être assimilée, à première vue, à celle des aliénés, mais pouvant en être distinguée par un examen attentif. Il en est de même de certaines maladies de la moelle, de quelques paralysies générales saturnines, mercurielles, hystériques, épileptiques, nerveuses ou rhumatismales. Enfin, il est un groupe de faits, étudiés par le Dr Magnus Huss, de Stockholm (1), sous le nom d'*alcoolisme chronique*, qui se rapproche plus que tout autre de la paralysie des aliénés ; mais ici encore le diagnostic est possible dans un grand nombre de cas. Tous ces états, que l'on appelle aujourd'hui généralement des *paralysies progressives avec ou sans délire*, doivent nécessairement être distingués les uns des autres, et dispersés dans les diverses maladies auxquelles ils appartiennent. Un autre groupe de faits, qui mérite aussi d'être profondément séparé de la paralysie des aliénés, dont il ne se rapproche que par quelques analogies éloignées, est celui des paralysies atrophiques, avec ou sans conservation de la contractilité électrique.

Ainsi donc, en résumé, trois catégories de faits peuvent déjà être nettement distinguées les unes des autres, au milieu des paralysies générales progressives :

1° La *paralysie générale des aliénés*, qui peut débuter par les

(1) Magnus Huss, *Die Alcoolskrankheit od. Alcoolismus chronicus;* Stockholm, 1852. — Angelo Scarenzio, *Della paralisi generale progressiva dei non alienati* (*Ann. univers. di med.* dal doctore A. Omodei, 1851). — Ducheck, *Paralyse mit Blödsin* (*Prager Viertel-jahrschrift*, 1851).

symptômes paralytiques plus souvent qu'on ne le croyait autrefois, mais qui est caractérisée par un ensemble de phénomènes, puisés dans les caractères spéciaux de la paralysie, dans la nature spéciale du délire, dans les lésions anatomiques, et dans la marche particulière de l'affection.

2° Les *paralysies générales de cause et de nature diverses*, qui doivent rentrer dans différentes maladies connues, cérébrales, médullaires ou nerveuses.

3° Les *paralysies atrophiques*, caractérisées par l'atrophie musculaire et la transformation graisseuse, qui présentent un assez grand nombre de caractères distinctifs pour être facilement séparées des deux groupes précédents.

En dehors de ces trois catégories de faits, qu'on peut dès à présent diagnostiquer, en existe-t-il une quatrième qui mériterait seule le nom de *paralysie générale sans aliénation*, qui serait réellement caractérisée par une paralysie générale incomplète et progressive, avec embarras de la parole, ne présentant jamais de délire, et ne pouvant être rapportée à aucune des maladies connues, en un mot une véritable paralysie progressive essentielle qui ne se terminerait pas par l'aliénation ?

Cette question ne nous semble pas encore résolue. La plupart des faits, classés dans cette catégorie par divers auteurs, nous paraissent plutôt devoir être rapportés à l'une des trois précédentes. Cependant, nous reconnaissons volontiers qu'il est quelques cas rares de paralysie générale sans aliénation, existant depuis plusieurs années sans trouble de l'intelligence, et que l'on éprouve un grand embarras à rattacher soit aux diverses maladies connues, soit à la paralysie des aliénés. Si l'on réunissait un certain nombre de cas de ce genre, ils mériteraient certainement de former une classe à part, distincte des trois groupes que nous venons d'établir ; seulement, les difficultés de ce genre d'observations sont extrêmes. Une foule d'obstacles matériels s'opposent à ce que l'on puisse suivre ces malades pendant un grand nombre d'années et jusqu'à leur mort : or cela serait indispensable pour pouvoir affirmer, d'une manière positive, qu'ils n'ont présenté de délire à aucune période de leur affection, et pour s'assurer, par l'observation ultérieure des symptômes ainsi que par les recherches nécroscopiques, que la maladie n'appartient

à aucune des catégories admises actuellement dans la science.

Mais la seule chose que nous ayons voulu établir ici, c'est que la paralysie générale progressive, telle qu'elle est aujourd'hui décrite, renferme les faits les plus dissemblables, qu'il est indispensable de chercher à les séparer nettement les uns des autres, et qu'avant de pouvoir proclamer avec certitude l'existence distincte d'une paralysie générale sans aliénation, il est de toute nécessité de mettre hors de la discussion toutes les paralysies qui doivent, à plus juste titre, appartenir à d'autres maladies connues.

V

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PARALYSIES GÉNÉRALES (1)

— 1858 —

Dans la revue critique qui précède, j'ai cherché à apprécier les divers travaux publiés sur la paralysie générale, et à exposer l'état de nos connaissances à ce sujet. Je n'ai pas l'intention de revenir aujourd'hui sur les considérations historiques que j'ai présentées à cette époque. Peu de travaux ont été publiés depuis lors, et la question n'a guère changé de face. Cela tient beaucoup moins, selon moi, aux difficultés pratiques qui s'opposent à sa solution, qu'aux termes mêmes dans lesquels elle a été posée. On continue toujours à se demander s'il existe des paralysies générales sans délire, et si ces faits doivent constituer une maladie spéciale, ou bien être considérés comme un mode particulier de début de la paralysie générale des aliénés.

Le problème ainsi posé nous semble devoir rester longtemps insoluble. Pour affirmer, en effet, qu'un malade n'a pas présenté de délire ni de faiblesse intellectuelle depuis le début de sa maladie jusqu'à sa terminaison, il faudrait que le médecin fût placé dans des conditions d'observation toutes spéciales ; il faudrait qu'il ne perdît pas de vue le malade un seul instant, pendant toute la durée de son affection et qu'il fût assez favorisé par les circonstances pour pouvoir assister à sa mort et confirmer, par l'autopsie, le diagnostic porté pendant la vie. Quelques observateurs, dans la pratique privée, ont pu se trouver dans ces conditions particulières ; mais quel est celui qui a pu obser-

(1) *Archives générales de médecine*, 1858.

ver ainsi plusieurs malades du même genre, les comparer entre eux, et déduire de cette étude les éléments nécessaires pour décrire cette maladie nouvelle, si elle existe, et la différencier de la paralysie des aliénés ? Des difficultés presque insurmontables ont donc empêché jusqu'ici de résoudre la question des paralysies générales avec ou sans délire, dans les termes où elle a été posée.

Mais doit-on persister à la poser dans les mêmes termes ? Le meilleur moyen, selon nous, de faciliter sa solution, c'est de modifier les conditions du problème à résoudre. Au lieu de s'épuiser en vains efforts pour s'assurer si toutes les paralysies générales, observées d'abord sans délire, se terminent, oui ou non, par l'aliénation, il convient de rechercher si des maladies très diverses ne peuvent pas donner lieu à des paralysies générales avec ou sans délire, et s'il n'est pas possible de découvrir entre elles des moyens de diagnostic, basés sur l'ensemble de leurs symptômes et sur leur marche, et non sur la présence ou l'absence d'un seul phénomène.

Dans l'étude des paralysies générales, la question du diagnostic différentiel domine donc aujourd'hui toutes les autres. Pour contribuer à éclairer ce sujet, rendu si obscur par les nombreuses divergences d'opinions qui s'y sont produites, il nous paraît donc utile :

1° De caractériser nettement la paralysie des aliénés par ses symptômes physiques, par ses lésions anatomiques, par sa marche, et par la spécialité de son délire ;

2° D'opposer ensuite à ce type bien distinct les maladies qui peuvent donner lieu à des symptômes plus ou moins analogues de paralysie générale.

Tel est le but que nous nous proposons dans ce travail.

On s'imagine souvent aujourd'hui que pour caractériser une paralysie générale, il suffit de constater un affaiblissement général plus ou moins prononcé des mouvements, accompagné ou non d'embarras de la parole. Placé à ce point de vue, on publie, sous le nom de *paralysie générale progressive*, les faits les plus dissemblables appartenant aux maladies les plus diverses, et présentant, dans l'ensemble de leurs symptômes et dans leur marche, les différences les plus importantes. On ne saurait s'élever trop énergiquement contre cette tendance actuelle des esprits, qui aurait pour résultat d'introduire dans cette partie de la science la confusion

la plus fâcheuse. Ce qui contribue surtout à perpétuer cette confusion, ce sont d'abord les difficultés mêmes du sujet ; les causes d'erreurs nombreuses qui, dans chaque cas particulier, rendent souvent le diagnostic très obscur ; le peu de temps écoulé depuis l'époque où ces faits nouveaux ont été signalés et observés pour la première fois ; enfin la longue durée de ces maladies, qui permet rarement à un même observateur de les suivre pendant tout le cours de leur développement. Mais cette assimilation de maladies très disparates, réunies sous un même nom, tient surtout à ce que l'on perd de vue trop facilement le type primitif qui a servi de point de départ à la découverte des faits nouveaux. On oublie trop que la paralysie générale des aliénés n'est pas, à proprement parler, une véritable paralysie ; que dans cette maladie, le trouble de la motilité consiste dans une grande irrégularité, dans une absence de précision et de coordination des mouvements, et qu'il se rapproche beaucoup plus des tremblements nerveux, et même de la chorée, que d'une paralysie complète telle qu'on l'observe dans les autres affections du cerveau, de la moelle ou du système nerveux. Si on n'avait pas perdu de vue ce point de départ, on n'aurait jamais songé à rapprocher de la paralysie générale des aliénés un grand nombre de faits dans lesquels la paralysie ne se présente pas avec les mêmes caractères, et dans lesquels dès lors on ne doit pas s'étonner d'observer d'autres symptômes, une autre marche, et d'autres lésions.

Pour établir un diagnostic différentiel entre les diverses paralysies générales et la paralysie des aliénés, il importe donc avant tout de bien indiquer sur quelles bases repose ce type qui sert de terme de comparaison, et de rappeler brièvement les caractères spéciaux de cette paralysie qui permettent de la distinguer de toutes les autres. Ces caractères peuvent se résumer ainsi :

1° Cette paralysie est *générale*, c'est-à-dire qu'elle atteint en même temps toutes les régions du corps, sans prédominer d'une manière marquée dans aucune d'elles.

2° Elle est *incomplète*, depuis le début de l'affection jusqu'à sa terminaison, c'est-à-dire que, même à la période ultime, les malades, forcés de garder le lit, remuent encore assez facilement les bras, les jambes, et toutes les parties du corps. Du reste, son intensité varie beaucoup d'un moment à l'autre, mais elle n'est

jamais aussi complète que dans d'autres affections du système nerveux central ou périphérique.

3° Elle est *progressive*, c'est-à-dire qu'elle augmente lentement et graduellement d'intensité. Le plus souvent, son accroissement a lieu par degrés insensibles depuis le début jusqu'à la mort, non avec une régularité absolue, puisqu'on observe dans sa marche des temps d'arrêt, des périodes stationnaires et même rétrogrades, mais d'une manière à peu près continue, en envisageant la maladie dans l'ensemble de son évolution.

4° Elle est toujours *accompagnée, dès son début, d'un embarras spécial de la parole.* Cet embarras consiste plutôt dans un tremblement des muscles des lèvres et de la langue, dans un effort manifeste pour lancer au dehors certains mots ou certaines syllabes, que dans un véritable bégayement, et surtout que dans une impossibilité presque absolue de parler, comme cela a lieu dans d'autres affections cérébrales.

Si l'on avait toujours présents à l'esprit ces caractères spéciaux de la paralysie des aliénés, on éviterait beaucoup de confusions qui ont lieu journellement entre cette maladie et d'autres affections qui déterminent des symptômes de paralysie généralisée.

Mais la paralysie des aliénés n'est pas seulement caractérisée par un trouble particulier de la motilité. Elle est constituée aussi à l'état d'individualité morbide par ses lésions anatomiques, par sa marche, et par la spécialité de son délire. Ce n'est pas ici le lieu d'approfondir cette étude, mais il est indispensable de l'esquisser, afin de pouvoir opposer ce type nettement déterminé à tous les faits qu'on tend incessamment à confondre avec lui.

On répète à chaque instant que la paralysie générale des aliénés n'est liée à aucune *lésion anatomique* constante ; que si, dans la plupart des cas, on a découvert des altérations du cerveau ou de ses membranes plus prononcées que dans les autres formes des maladies mentales, aucune d'elles ne peut être considérée comme constante, et ne peut rendre compte de la production de la maladie. On ajoute même que, dans quelques cas, des auteurs très recommandables et très compétents ont constaté l'absence complète de toute lésion du cerveau et de ses membranes. Je n'ai nullement l'intention de contester la véracité ni la science des médecins qui ont publié ces

observations exceptionnelles ; mais on conviendra que ces faits sont trop rares pour pouvoir être opposés à la masse imposante de ceux qui ont été recueillis par tous et dans tous les pays. Il demeure donc établi que cette maladie s'accompagne presque toujours de lésions cérébrales et méningées appréciables, et assez analogues dans tous les cas, pour se prêter à une description générale, et pour permettre de faire une anatomie pathologique de la paralysie générale des aliénés.

Quelles sont les lésions primitives et les lésions secondaires ? Comment concevoir leur mode de succession et leur importance relative ? Voilà les points sur lesquels il est encore permis de discuter ; mais on ne peut nier l'analogie très grande, sinon la concordance parfaite, des résultats constatés par les divers observateurs.

Bayle (1) a émis l'opinion que la lésion initiale résidait dans les méninges ; il conserve ainsi à la maladie le nom de *méningite chronique*, qu'il lui avait donné, dès l'origine (2).

M. Calmeil (3), sans se prononcer définitivement sur la subordination à établir entre les diverses lésions de la surface du cerveau, n'hésite pas cependant à admettre que cette maladie a son siège à la fois dans les méninges et dans la substance corticale, et lui donne en conséquence le nom de *méningopériencéphalite diffuse.*

Foville pense, il est vrai, que le caractère anatomique de la paralysie des aliénés réside dans l'induration de la substance blanche ; mais cette opinion compte jusqu'ici peu de partisans.

Enfin Parchappe, à la suite de nombreuses autopsies faites pendant quinze ans à l'asile des aliénés de Saint-Yon à Rouen, est arrivé à conclure que, dans la paralysie générale des aliénés, il existe constamment un ramollissement de la substance corticale du cerveau (4).

Ces divergences d'opinion entre des observateurs aussi distingués

(1) Bayle, *De la cause organique de la paralysie générale ;* 1825.

(2) Bayle, thèse ; Paris, 1822.

(3) Calmeil, *De la paralysie considérée chez les aliénés ;* Paris, 1823, et *Traité des maladies inflammatoires du cerveau ;* Paris, 1859.

(4) Parchappe, voir ses divers travaux sur la folie, et en dernier lieu son ouvrage intitulé : *Du Siège commun de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté ;* Paris, 1856.

prouvent sans doute que la question n'est pas encore définitivement tranchée. Il nous semble cependant légitime de conclure que la surface du cerveau doit être considérée comme le siège anatomique de la paralysie des aliénés ; que l'on trouve presque toujours, sinon constamment, dans cette maladie les mêmes lésions des méninges et de la substance grise superficielle, avec intégrité des autres parties constituantes de l'encéphale. Par conséquent, alors même qu'on ne partagerait pas complètement l'opinion de Parchappe, on doit reconnaître que ces altérations de la surface du cerveau sont un caractère très important de la paralysie des aliénés, et qu'elles doivent être prises en sérieuse considération pour établir sur des bases solides cette espèce nosologique.

Une dernière remarque est encore nécessaire à cet égard. Si des auteurs distingués n'ont pas conclu comme Parchappe, cette différence dans les résultats de l'examen anatomique peut dépendre de la facilité plus ou moins grande avec laquelle on admet l'existence de cette maladie pendant la vie. Il est certain, en effet, que la question des lésions est subordonnée à celle du diagnostic. Si l'on accepte dans le cadre de la paralysie générale des aliénés des faits douteux, mal caractérisés symptomatiquement, comme on n'a que trop de tendance à le faire aujourd'hui, l'anatomie pathologique, ainsi que la description de la maladie, se ressentent nécessairement de cet élément étranger introduit parmi les exemples de cette affection. Toutes les parties qui composent l'étude des maladies sont solidaires, et si l'anatomie pathologique est d'un grand secours pour constituer une individualité morbide, l'étude symptomatique attentive et exacte est indispensable à son tour pour servir de base à la constatation des lésions. Aussi est-ce avec raison que Parchappe attribue la constance des résultats qu'il a obtenus dans ses recherches nécroscopiques à la précaution qu'il a prise d'exclure tous les cas douteux, et de ne considérer comme exemples légitimes de paralysie générale que les faits parfaitement caractérisés par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche.

Après la nature spéciale du trouble de la motilité, après les lésions de la surface du cerveau propres à la paralysie des aliénés, il faut encore tenir compte de sa *marche* pour caractériser cette affection et la distinguer de toutes les autres. Je n'ai pas à décrire ici dans

ses détails l'évolution de cette maladie, qui est tout à la fois progressive dans son ensemble et très accidentée dans ses diverses phases. Rien n'est plus mobile, en effet, dans le degré et le mode d'apparition des symptômes, que la marche de cette affection, qu'on s'est plu à représenter comme constamment et régulièrement progressive. Sans doute, envisagée dans sa totalité, cette maladie s'aggrave d'une manière continue jusqu'à la mort : au moral, depuis le degré le plus faible et le moins sensible de la débilité jusqu'à l'anéantissement complet des facultés intellectuelles et affectives ; au physique, depuis le simple tremblement des membres et l'embarras léger de la parole jusqu'à la paralysie de plus en plus prononcée, qui, sans être jamais complète, arrive cependant au point de forcer les malades à garder le lit. Mais combien sont variables les phases par lesquelles passent les malades avant d'arriver à cette terminaison fatale de leur affection, dont la durée peut être fixée en moyenne à trois ou quatre ans, mais qui peut cependant se prolonger plus longtemps. Cette maladie éprouve donc de fréquentes oscillations dans son cours, des périodes d'accroissement et de diminution dans tous ses symptômes ; elle reste souvent stationnaire pendant longtemps, pour s'aggraver tout à coup d'une manière notable, rétrograder ensuite ou même se suspendre, éprouver des rémissions très prononcées, souvent très longues, et reprendre enfin tout à coup, avec une extrême rapidité, son cours fatal vers une terminaison funeste. Ces irrégularités très grandes dans la marche d'une maladie néanmoins progressive dans son ensemble me paraissent un caractère important de cette affection ; ajouté à ceux que nous avons indiqués précédemment, il peut servir à la distinguer, dans les cas difficiles, de toutes celles avec lesquelles on pourrait la confondre.

Reste maintenant, comme dernier caractère distinctif, *le délire*, je dirai même plus, *la spécialité du délire*. Sans doute, ce symptôme peut manquer, quelquefois même pendant plusieurs années. C'est sur ces cas exceptionnels, où la paralysie générale, avec tous ses symptômes habituels, existe pendant longtemps sans délire, que repose la discussion. Mais, malgré ces faits exceptionnels, qui mériteraient un examen particulier, il n'en est pas moins vrai qu'aux yeux de tous, le trouble des facultés intellectuelles est un signe essentiel de cette maladie. Il peut manquer quelquefois au début,

mais il se produit toujours tôt ou tard, et par conséquent il est très important pour distinguer cette affection, soit dans le moment même, soit *a posteriori*, de toutes les maladies analogues. S'il fait défaut, dans certains cas, à la première période, ce n'est pas, selon moi, une raison suffisante pour exclure ces faits du cadre de cette affection, quoiqu'ils soient privés pendant longtemps d'un de ses caractères les plus importants; car, encore une fois, les cas d'absence complète de délire sont rares; de plus, dans beaucoup de ceux qu'on représente comme exempts de délire, il est possible, à l'aide d'une étude attentive, de constater des traces évidentes de débilité intellectuelle, ou même un trouble commençant des facultés, qui permettent de pronostiquer l'apparition prochaine d'un délire plus étendu.

Paralysie générale dite sans délire. — Ces malades se présentent à l'observation sous un aspect à peu près identique. Ils éprouvent un embarras de parole et un tremblement des membres assez marqué pour n'être méconnu par personne. Ils se plaignent ordinairement de douleurs de tête et d'étourdissements, présentent assez fréquemment une inégale dilatation des pupilles, laissent facilement tomber les objets qu'ils tiennent à la main, ont la marche mal assurée, et trébuchent de temps en temps contre le moindre obstacle qui se présente sous leurs pas. Ils ont habituellement une conscience assez complète de leur état et de la gêne qu'ils éprouvent pour parler et pour se mouvoir ; en général, ils s'en affligent, d'autant plus que ce léger degré de paralysie suffit souvent pour les empêcher d'exercer leur profession. Ils racontent avec complaisance au médecin les divers détails de leur affection et toutes les circonstances qui ont pu contribuer à la produire. Le médecin qui les interroge une seule fois peut très bien les considérer comme jouissant de la plénitude de leurs facultés intellectuelles; il en est quelques-uns même chez lesquels il est impossible de découvrir, à cette période, la moindre lésion des facultés. Mais, dans les cas où le délire n'est pas très caractérisé, il est facile en général de trouver des preuves évidentes d'affaiblissement ou même de perturbation dans l'intelligence. Les malades ne sont plus ce qu'ils étaient autrefois sous le rapport de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté ; ils ont perdu de leur énergie au moral

comme au physique ; ils constatent souvent eux-mêmes que leur mémoire a diminué ; ils ont des absences ; ils commettent à chaque instant des fautes graves dans les travaux qui leur sont confiés et auxquels ils étaient le plus habitués ; on apprend quelquefois qu'on n'a pu les conserver dans les maisons où ils étaient occupés, à cause de ce trouble appréciable, quoique léger, survenu dans leurs facultés intellectuelles. Il en est de leur caractère comme de leur intelligence ; ils sont devenus indifférents à tout, aux personnes mêmes qui leurs étaient les plus chères, ou bien ils se livrent de temps en temps à des emportements et à des violences qui ne leur étaient pas habituels autrefois. Dans d'autres cas, ils deviennent faciles à émouvoir comme des vieillards, et versent des larmes pour le motif le plus futile, comme les malades atteints d'hémorragie cérébrale. Enfin leur énergie de volonté a baissé comme leur intelligence ; ils sont indécis, craintifs, pusillanimes, se laissent conduire comme des enfants. La tendance hypocondriaque qu'ils manifestent fréquemment, quoique en apparence motivée par la gravité de leur maladie, est souvent portée à un si haut degré qu'elle doit être considérée comme une nouvelle preuve de trouble intellectuel.

Tels sont en général ces malades, lorsqu'on les étudie attentivement ou quand on interroge avec soin les personnes qui vivent constamment avec eux, et auxquelles ces troubles légers de l'intelligence n'échappent pas aussi facilement qu'au médecin appelé pour la première fois à les examiner.

Dans ces cas, la maladie peut suivre deux marches différentes : ou bien elle reste pendant très longtemps stationnaire, sans aggravation bien notable ; ou bien, au contraire, il survient tout à coup, quelquefois même dans l'espace d'une nuit, un délire maniaque très intense, avec prédominance d'idées de grandeurs, qui oblige à conduire le malade dans un asile d'aliénés ; il acquiert alors tous les caractères du trouble intellectuel propre aux aliénés paralytiques, qui n'ont pas passé par cette période préalable de paralysie sans délire. Dans d'autres circonstances enfin, le délire, au lieu de se présenter sous la forme maniaque, peut revêtir petit à petit les caractères de la démence, qui devient successivement de plus en plus prononcée. Ainsi se trouve reconstituée l'unité de la maladie, malgré la différence de son début.

Nous avons insisté sur les troubles légers de l'intelligence qui existent dès le début de la paralysie des aliénés, afin de prouver que, dans les cas même où le délire est peu évident, cette maladie participe déjà des caractères qu'elle doit revêtir plus tard d'une manière plus complète. Nous avons voulu fournir ainsi une base plus solide au diagnostic différentiel qu'on peut établir entre les diverses maladies connues et ce type nettement déterminé par ses symptômes physiques, par ses lésions, par sa marche et ses symptômes intellectuels. Il était indispensable d'indiquer brièvement sur quels fondements repose ce type primitif, afin de pouvoir partir de ce terme de comparaison, clairement établi, pour rechercher les signes qui le distinguent de toutes les autres affections donnant lieu également à une paralysie plus ou moins généralisée.

Signes différentiels. — Il est quelques signes en effet qui, pris isolément, n'ont pas une valeur diagnostique absolue, mais qui peuvent en acquérir par leur réunion, attendu qu'ils existent rarement dans la paralysie des aliénés, tandis qu'on les observe plus fréquemment dans les autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre.

Nous citerons par exemple *l'hémiplégie*, qui peut sans doute se rencontrer d'une manière temporaire et peu prononcée dans la paralysie des aliénés, mais qui, lorsqu'elle est très marquée et très persistante, doit faire songer de préférence à toute autre affection.

Il en est de même de la *paraplégie*, ou de la lésion très prédominante des mouvements dans les membres inférieurs, qui peut bien exister au début de certaines paralysies des aliénés, mais qui en général cependant doit faire éloigner l'idée de cette maladie. Les lésions des sens, telles que l'amaurose, la surdité, l'absence de l'odorat, etc., sont dans le même cas ; très fréquentes dans les autres affections cérébrales, elles sont tellement rares dans la paralysie des aliénés qu'il est douteux qu'elles y aient été réellement observées.

Il en est de même encore, quoiqu'à un moindre degré, de *l'anesthésie générale* ou *partielle*. Quelques auteurs, de Crozant entre autres, ont signalé, il est vrai, l'anesthésie comme un symptôme précurseur de la paralysie des aliénés. On y observe quelquefois ce symptôme d'une manière temporaire ; mais il est beaucoup plus fréquent dans les autres paralysies générales, par exemple dans les paralysies hystériques ou dans celles produites par diverses intoxi-

cations. On constate bien dans la paralysie des aliénés un certain affaiblissement de la sensibilité, surtout dans les périodes les plus avancées de cette affection, mais il est rarement porté jusqu'au degré d'une anesthésie véritable.

Au point de vue des *troubles de la motilité*, lorsqu'on observe chez un malade une paralysie générale presque complète, portée au point de déterminer l'impossibilité de marcher ou de remuer les bras, surtout lorsque cette paralysie, complète dans un bras ou dans une jambe, est incomplète dans les autres parties du corps; lorsqu'on constate l'absence d'embarras dans la parole; lorsque la paralysie a été ascendante, c'est-à-dire a débuté par les membres inférieurs et s'est étendue progressivement aux parties supérieures du corps; enfin, lorsqu'il existe de l'atrophie dans une partie quelconque du système musculaire, dans tous ces cas, dis-je, on doit écarter en général l'idée d'une paralysie des aliénés.

Il en est de même encore, sous le rapport des *troubles de l'intelligence*, quand la perte de la mémoire des mots, des dates ou des noms propres coïncide avec la conservation d'ailleurs presque complète des facultés intellectuelles.

Enfin les *vomissements* fréquemment renouvelés, les *céphalalgies* intenses, persistantes, et arrachant des cris aux malades, ainsi que les *crampes*, les *fourmillements*, les *douleurs vives*, les *contractures* dans les membres, doivent aussi faire éloigner l'idée d'une paralysie générale des aliénés.

Tels sont en abrégé les signes qui, principalement par leur réunion, permettent, dans les cas difficiles, d'établir un diagnostic différentiel entre la paralysie des aliénés et les diverses paralysies générales qui pourraient être confondues avec elle, surtout au début.

Mais, pour mieux faire sentir toutes les difficultés de ce diagnostic différentiel, et pour indiquer les meilleurs moyens d'en triompher, il ne suffit pas d'énoncer ainsi, d'une manière générale, les signes qui permettent d'éviter les erreurs; nous devons passer en revue les diverses maladies qui peuvent s'accompagner de symptômes de paralysie générale, et signaler pour chacune d'elles les principaux signes différentiels.

Maladies diverses : signes distinctifs. — L'*hémorragie cérébrale*, lorsqu'elle est nettement caractérisée, ne peut guère être confondue avec la paralysie des aliénés. Mais certains cas passés à l'état chro-

nique, lorsqu'il existe de la démence, et que l'affaiblissement des mouvements s'est généralisé, peuvent facilement induire en erreur. On rencontre toujours quelques faits de cette espèce dans les asiles d'aliénés, et plusieurs médecins distingués, M. Baillarger entre autres, pensent qu'ils doivent être réunis à la paralysie des aliénés, parce qu'ils offrent un affaiblissement général des mouvements, uni à une faiblesse également générale de l'intelligence. Pour nous, nous pensons au contraire qu'ils en diffèrent par leurs symptômes physiques, par la nature du trouble de l'intelligence, par leur marche, ainsi que par leurs lésions anatomiques. En général, dans ces cas, il y a prédominance très marquée de la paralysie dans un côté du corps ; l'embarras de la parole est ordinairement très prononcé ; le trouble de l'intelligence consiste dans un simple affaiblissement des facultés, sans délire bien marqué, et l'on ne constate pas les conceptions délirantes variées, ni surtout les idées de grandeurs, qui sont si fréquentes dans la paralysie véritable des aliénés. La marche de la maladie est beaucoup plus uniforme et plus lente, offre moins d'irrégularités dans son cours, moins d'alternatives de paroxysmes d'agitation et de rémissions notables. Enfin, à l'autopsie, on constate, dans la substance même du cerveau, des traces évidentes d'hémorragies cérébrales anciennes, et si l'on rencontre parfois de l'opacité dans les méninges et de la sérosité à la surface des circonvolutions, on ne trouve pas le ramollissement caractéristique de la substance corticale.

Les mêmes réflexions s'appliquent à certains *ramollissements chroniques du cerveau* qui peuvent aussi simuler la paralysie des aliénés, mais qu'on parvient également à distinguer, à l'aide des signes différentiels précédemment indiqués. Il y a habituellement hémiplégie très marquée, troubles des sens, douleurs dans les membres, contractures, etc., céphalalgie et vomissements fréquents. On n'observe ni dans la marche de la maladie, ni dans le délire, les phénomènes que nous avons indiqués comme appartenant à la paralysie des aliénés. Enfin, à l'autopsie, on trouve les lésions du ramollissement du cerveau et non celles de la folie paralytique. Si l'on persistait à vouloir confondre ces ramollissements chroniques du cerveau avec cette maladie, on introduirait dans sa description des éléments étrangers, qui lui enlèveraient ses caractères spéciaux et détruiraient ainsi dans leurs fondements les propositions les plus

vraies, acquises aujourd'hui à la science, relativement à ses causes, à son pronostic, à sa marche et à ses lésions anatomiques.

Les diverses *tumeurs du cerveau* peuvent également produire, dans quelques cas rares, des symptômes analogues à ceux de la paralysie des aliénés. Ordinairement cependant il y a hémiplégie, troubles des sens, céphalalgies intenses et vomissements fréquents ; enfin, conservation de l'intelligence ou simple obtusion des idées, excepté dans les derniers temps de la maladie. Tous ces signes suffisent presque toujours pour établir, pendant la vie, un diagnostic différentiel, qui sera confirmé par l'examen nécroscopique.

Après les maladies du cerveau, qui peuvent devenir causes d'erreur dans le diagnostic de la paralysie générale, viennent les *maladies de la moelle* qui ont été confondues quelquefois avec elle. En général, néanmoins, cette confusion n'est guère possible. La paralysie est ordinairement bornée aux extrémités inférieures, ou, si elle s'est généralisée, elle a commencé par être partielle, limitée aux membres inférieurs, auquel cas elle a été ascendante dans sa marche. Elle est toujours beaucoup plus complète que dans la paralysie des aliénés, et n'est accompagnée ni d'embarras dans la parole ni de trouble dans l'intelligence, excepté quelquefois dans les dernières périodes de la maladie. Ces signes sont plus que suffisants pour établir un diagnostic, même dans les cas les plus difficiles.

Les *paralysies dues à diverses maladies nerveuses* ou *à certains agents toxiques* présentent beaucoup plus d'analogies avec la paralysie des aliénés, surtout lorsque celle-ci ne débute pas par le délire. Dans ces cas, la distinction peut devenir parfois tellement difficile, que le doute est permis dans la pratique ; mais la confusion ne doit jamais être admise en principe ; car ce serait réunir, par l'analogie d'un seul symptôme, les maladies les plus dissemblables par leurs causes, par leur marche, et par leur lésions.

L'*hystérie* donne lieu le plus souvent à des paralysies partielles, et plutôt à des anesthésies qu'à des paralysies du mouvement ; néanmoins il existe dans la science des exemples de paralysies générales de nature hystérique, et Landouzy en cite quelques-uns (1). Ces paralysies sont ordinairement temporaires, se reproduisent à

(1) Landouzy, *Traité de l'hystérie ;* Paris, 1848.

diverses reprises, et cessent tout à coup ; une attaque d'hystérie leur donne naissance, une nouvelle attaque les fait disparaître ; elles sont en général accompagnées d'anesthésie et exemptes de troubles intellectuels. La confusion n'est donc guère possible avec la paralysie des aliénés, surtout si l'on ajoute aux signes tirés de la paralysie elle-même ceux qui résultent des autres symptômes de la maladie.

Il n'en est pas tout à fait de même des *paralysies épileptiques*. L'épilepsie, comme l'hystérie, donne naissance habituellement à des paralysies partielles dont la production se lie à celle des accès convulsifs ; mais, lorsque la paralysie est générale, lorsqu'elle se prolonge pendant longtemps, et qu'elle s'accompagne, comme cela a lieu souvent, de trouble dans les facultés intellectuelles, l'erreur devient d'autant plus difficile à éviter que certaines paralysies des aliénés présentent de fréquentes attaques épileptiformes qui ressemblent complètement à des attaques épileptiques véritables. Dans ces cas difficiles, on ne peut arriver à un diagnostic exact qu'en comparant attentivement tous les caractères physiques et moraux propres à chacune de ces affections, et surtout en tenant grand compte des différences essentielles qu'elles présentent dans leur marche.

Les *paralysies générales dues à l'action lente et continue des boissons alcooliques* présentent encore de plus grandes analogies avec la paralysie des aliénés, et, dans certains cas, l'erreur est presque inévitable. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des signes différentiels qui peuvent servir à distinguer les paralysies générales alcooliques de celle des aliénés (1). Nous devons nous borner à dire que dans ces cas le tremblement est habituellement très prononcé ; la paralysie est ordinairement prédominante dans les extrémités des membres supérieurs et inférieurs ; elle est accompagnée de fourmillements, de crampes, de douleurs, et d'anesthésie ; il y a en général des troubles de la vue, et lorsqu'il existe du délire, il est temporaire, de nature craintive, et caractérisé surtout par des hallucinations de la vue et des visions effrayantes ; la marche de tous ces accidents est plus variable, moins continue, que celle de la paralysie des aliénés et en rapport avec la fréquence des accès alcooliques ; enfin, il survient quelquefois, dans le cour de cette affection,

(1) Voir p. 141.

de véritables accès de *delirium tremens* aigu, reconnaissables à leurs caractères spéciaux.

Les *paralysies générales d'origine saturnine* méritent aussi d'être comparées à la paralysie des aliénés et sont souvent difficiles à distinguer. M. Desvouges, interne des hôpitaux (1), a cherché à prouver que l'on observe dans les asiles d'aliénés des paralysies générales d'origine saturnine, mais qu'elles ne présentent aucun symptôme spécial qui permette de les distinguer ni théoriquement ni pratiquement, de la paralysie générale des aliénés. Les faits qu'il cite à l'appui de son opinion, et qui ont tous été recueillis à Bicêtre, dans le service de Moreau (de Tours), sont en effet des exemples de paralysie générale, tout à fait analogues à la paralysie des aliénés, puisqu'ils offrent même le délire des grandeurs caractéristique. Mais ces faits ne prouvent, à nos yeux, qu'une seule chose, c'est que le plomb, comme le mercure, peut figurer parmi les causes plus ou moins éloignées de la paralysie des aliénés, ainsi que l'ont déjà noté Esquirol, M. Calmeil, et d'autres auteurs. Mais s'ensuit-il qu'il ne puisse pas exister d'autres paralysies générales, méritant plus spécialement le nom de *paralysies générales saturnines*, et qui devraient alors être soigneusement séparées de la paralysie des aliénés? Duchenne de Boulogne (2), cite quelques exemples de ce genre qui me paraissent assez probants, et établit quelques signes différentiels, basés sur l'excitabilité électrique, qui me semblent dignes d'être signalés. Il pense que, dans la paralysie générale saturnine, la contractilité électrique est diminuée ou abolie, mais qu'elle l'est surtout dans certains muscles et non pas dans d'autres, et il fait reposer sur ce signe de diagnostic différentiel cette espèce de paralysie et toutes celles qui pourraient être confondues avec elle. A ce signe, nous ajouterons que la paralysie saturnine généralisée commence ordinairement par être partielle et bornée aux muscles de l'avant-bras, qu'elle est accompagnée des autres caractères de l'intoxication saturnine, qu'elle peut ne pas offrir d'embarras dans la parole, enfin qu'elle ne présente pas ordinairement de perturbation dans les facultés intellectuelles.

(1) Desvouges, *Annales médico-psychologiques;* 1856.
(2) Duchenne (de Boulogne), *De l'Electrisation localisée;* 1855.

Nous ne pouvons que mentionner ici les paralysies générales dues à l'action de plusieurs autres agents toxiques, tels que le *mercure*, le *phosphore*, l'*arsenic*, etc.

Nous y ajouterons le *sulfure de carbone*, qui a fait l'objet de deux mémoires du Dr Delpech (1), et qui produit des accidents paralytiques très analogues à ceux de la paralysie des aliénés.

Nous citerons enfin la *paralysie pellagreuse*, que M. Baillarger a comparée à celle des aliénés, mais qui en diffère d'une manière notable par le mode de développement des symptômes, par leur marche, par les caractères du délire, et peut-être même par les lésions anatomiques. Le Dr Billod a constaté, en effet, le ramollissement de la substance blanche de la moelle, même dans les cas où il n'avait existé aucune espèce de paralysie.

Après avoir énuméré la plupart des maladies qui peuvent produire des symptômes de paralysie générale, nous devons dire quelques mots, en terminant, de la question de savoir s'il existe réellement des *paralysies générales sans délire*, qui ne puissent être rattachées ni à la paralysie des aliénés ni à d'autres maladies connues, et qui méritent par conséquent de constituer une maladie particulière. Plusieurs auteurs ont cité des observations qui sont en effet difficiles à classer, dans l'état actuel de la science, et qui sembleraient à première vue justifier la création d'une maladie spéciale, sous le nom de *paralysie générale progressive sans aliénation* ; mais, en les examinant de plus près, on trouve entre elles les plus grandes dissemblances. Ainsi certains auteurs, comme Sandras, ont réuni sous cette même dénomination les faits les plus disparates, appartenant aux diverses maladies connues que nous venons d'examiner, ainsi que des cas de début sans délire de la paralysie des aliénés. D'autres auteurs, au contraire, comme Duchenne et Brierre de Boismont, ont donné le même nom de *paralysie sans aliénation* ou de *paralysie spinale* à des faits d'un ordre tout différent. Guidés par le principe que la contractilité électrique des muscles est conservée dans la paralysie des aliénés, ils n'ont admis dans le cadre de la paralysie sans aliénation que les faits de paralysie progressive,

(1) Delpech, Paris, 1856, et *Nouvelles recherches sur l'intoxication par le sulfure de carbone;* Paris, 1863.

dans lesquels la contractilité électrique est diminuée ou abolie, déclarant ainsi que tous les cas dans lesquels cette propriété musculaire persiste doivent infailliblement se terminer par l'aliénation. Rien ne prouve jusqu'à présent la vérité de cette assertion ; mais qu'est-il résulté du nouveau criterium adopté par ces auteurs, et substitué par eux à celui tiré de l'absence ou de la présence du délire ? C'est qu'ils ont réuni dans leur paralysie sans aliénation, non seulement d'autres faits que ceux désignés sous le même nom par Sandras, mais des faits qui diffèrent également entre eux sous plusieurs rapports.

Parmi les observations citées par Duchenne, par exemple, à l'appui de sa *paralysie générale spinale*, se trouve un cas évident de myélite, avec ramollissement des cordons antérieurs de la moelle, et dont il rapporte l'autopsie avec détails. Eh bien, ce fait est rapproché par cet auteur d'autres observations dans lesquelles on constate une atrophie des diverses parties du système musculaire liée à des symptômes de paralysie générale sans aliénation. Nous devons reconnaître que ces derniers faits sont d'une nature toute spéciale ; que Duchenne les a signalés le premier à l'attention des médecins, et qu'ils doivent être distingués de l'atrophie musculaire progressive. Ils semblent s'en rapprocher, il est vrai, par le caractère commun de l'atrophie, mais ils en diffèrent en réalité, comme l'indique avec raison Duchenne de Boulogne :

1° Parce que la paralysie du mouvement précède de longtemps la lésion de nutrition et qu'elle est, pendant toute la durée de la maladie, beaucoup plus prononcée que ne le comporte le degré léger d'atrophie des muscles ;

2° Parce que cette atrophie envahit par grandes masses le système musculaire, au lieu de procéder par muscles isolés, comme cela a toujours lieu dans l'atrophie musculaire progressive, décrite par Aran et Cruveilhier ;

3° Enfin parce que dans ces cas de paralysie atrophique, désignés par Duchenne sous le nom de *paralysie spinale*, la contractilité électrique est, dès le début, diminuée ou abolie dans tous les muscles paralysés, au lieu d'être, comme dans l'atrophie progressive, conservée jusqu'à la fin dans les muscles ou les portions de muscles qui échappent à la transformation graisseuse.

Duchenne de Boulogne a donc le mérite d'avoir découvert les caractères qui permettent de distinguer ces faits nouveaux de paralysie générale avec atrophie de ceux qui appartiennent soit à l'atrophie musculaire proprement dite, soit à la paralysie des aliénés ; mais les dénominations par lesquelles il a désigné ces faits particuliers, ne nous paraissent pas bien choisies. Ainsi, d'une part, le nom de *paralysie spinale* tend à faire admettre une maladie de la moelle épinière dont l'existence n'est rien moins que prouvée ; d'autre part, le mot *paralysie générale sans aliénation* établit entre les faits de Duchenne et ceux décrits par d'autres auteurs un rapprochement ou plutôt une confusion regrettable, puisque l'atrophie musculaire caractéristique de la *paralysie spinale* de Duchenne manque complètement dans les paralysies sans délire admises par d'autres auteurs comme distinctes de celle des aliénés.

En résumé, de l'examen comparatif auquel nous venons de nous livrer, relativement aux différents faits réunis aujourd'hui sous le nom de *paralysie générale*, nous croyons pouvoir conclure qu'il convient d'admettre parmi ces faits quatre catégories principales :

1° La *paralysie générale des aliénés*, avec ses diverses variétés de début ;

2° Les *paralysies générales, de causes et de natures diverses*, dues à des affections connues du cerveau, de la moelle ou du système nerveux, et à l'action de différents agents toxiques ;

3° La *paralysie générale progressive sans délire*, dont l'existence est encore contestable, comme espèce morbide distincte de toutes les variétés précédentes ;

4° Enfin la *paralysie générale accompagnée d'atrophie musculaire*, ou *paralysie spinale* de Duchenne, variété intermédiaire à la maladie précédente et à l'atrophie musculaire progressive décrite par Aran et Cruveilhier.

VI

LA PARALYSIE GÉNÉRALE EST UNE FORME SPÉCIALE DE MALADIE MENTALE (1)

— 1858 —

La paralysie générale des aliénés est une individualité morbide, caractérisée par ses lésions anatomiques, par ses symptômes physiques, par la spécialité de son délire et par sa marche. Telle est l'opinion exposée ici dogmatiquement par Parchappe, défendue par Delasiauve, que j'ai moi-même adoptée dans ma thèse (2) et que je viens soutenir de nouveau dans cette enceinte contre les objections qui tendraient à l'ébranler ou à la détruire, si l'on ne s'efforçait de les combattre.

1. — *Objection tirée des faits dans lesquels la paralysie générale survient comme complication des aliénations anciennes.*

La première objection que l'on peut adresser à cette opinion, est la suivante : la paralysie générale peut survenir, dit-on, à titre de complication dans les folies anciennes, comme le professait Esquirol ; par conséquent, ce symptôme ne peut servir à caractériser une espèce de folie distincte de toutes les autres, depuis son début jusqu'à sa terminaison.

A cette objection nous répondons d'abord par le témoignage d'Esquirol lui-même, qui avoue (3) que les aliénés qui meurent dans les asiles avec les symptômes de la paralysie générale, présentaient tous, dès leur entrée dans l'hospice, ou peu de temps après, de légers indices de cette affection. Nous en appelons également à l'observation de tous les aliénistes qui reconnaîtront qu'ils ont rarement constaté

(1) Discours prononcé à la Société médico-psychologique, le 26 juillet 1858.
(2) J. Falret, thèse de doctorat, et plus haut, p. 56.
(3) Esquirol, *Maladies mentales ;* Paris, 1838.

la paralysie générale chez des aliénés anciennement placés dans leurs asiles. Ainsi donc, loin d'admettre, comme on le croyait autrefois, que la paralysie générale est une terminaison habituelle des folies anciennes, tout le monde admettra, avec nous, que ce fait est au moins très rare, et que, dans le plus grand nombre des cas, les symptômes de paralysie peuvent être constatés dès l'entrée des malades dans les asiles.

M. Delasiauve croit, il est vrai, que la paralysie générale peut se produire, à titre de complication, chez des individus placés depuis plusieurs années dans les asiles, mais il reconnaît que cette paralysie est d'une nature particulière par ses symptômes et par son mode de développement. Nous prenons acte avec plaisir de cet aveu, qui nous paraît un pas de plus fait vers l'opinion que nous soutenons. Parchappe a cité également (1) quelques exemples peu nombreux de paralysie générale survenant comme complication dans des aliénations anciennes. Nous n'avons certainement pas l'intention de contester de pareils faits constatés par un observateur aussi compétent, mais il nous accordera que ces faits sont relativement rares. Nous laissons à l'avenir le soin de nous éclairer définitivement sur la nature réelle de ces faits, que nous considérons comme très exceptionnels. Ce que nous tenons surtout à constater, c'est que dans l'immense majorité des cas, la paralysie générale des aliénés est caractérisée, dès l'entrée des malades dans les asiles, aussi bien par ses symptômes physiques, que par ses symptômes intellectuels, et que par conséquent les faits plus ou moins analogues de paralysie générale se produisant dans les aliénations anciennes sont des exceptions très rares, qui ne peuvent infirmer la règle générale et qui ne doivent pas empêcher de considérer la folie paralytique comme une maladie spéciale dès son début et distincte des autres formes de la folie. A l'appui de cette opinion, nous devons encore ajouter deux ordres de considérations :

1° Il peut survenir dans des folies anciennes des paralysies généralisées, dues à d'autres lésions, accompagées d'autres symptômes et ayant une autre marche que la maladie qui mérite seule le nom de folie paralytique. Or, ces faits ne doivent pas être confondus avec elle par suite de l'analogie d'un seul symptôme. C'est ce qui peut

(1) Parchappe, *Traité de la folie;* Paris, 1841.

arriver par exemple pour des hémorragies cérébrales, des ramollissements du cerveau ou des tumeurs encéphaliques, se produisant chez des individus atteints depuis longtemps d'aliénation mentale ;

2° La paralysie des aliénés, ou folie paralytique, n'étant pas constituée pour nous à l'état d'individualité morbide, à l'aide du seul symptôme paralysie, nous admettons volontiers que, dans certains cas, cette maladie peut se présenter d'abord sous la forme maniaque sans traces appréciables de paralysie, de même qu'il est des cas également exceptionnels où la paralysie se montre seule dès le début. Sans être accompagnée de délire, mais de ce que l'un des symptômes essentiels manque dans la première période, il ne s'en suit nullement que la maladie n'existe pas, comme individualité distincte, pourvu que le signe qui lui fait défaut dès le début, se produise tôt ou tard avec ses caractères spéciaux; car, à nos yeux, cette maladie doit reposer sur l'ensemble de ses symptômes envisagés dans tout son cours et non sur un seul phénomène ou sur l'observation d'une seule période. Ces deux ordres de considérations nous paraissent très importants pour atténuer la valeur des faits de paralysie générale rapportés comme compliquant un état de folie antérieure ; ils nous autorisent, ce nous semble, à conclure que ces faits exceptionnels ne sont pas une objection suffisante contre l'existence de la folie paralytique considérée comme forme distincte de maladie mentale, depuis son début jusqu'à sa terminaison.

II. — *Objection tirée de l'existence d'un certain nombre de faits de paralysie générale sans délire.*

Une autre objection contre l'unité de la maladie peut être tirée de l'existence d'un certain nombre de faits de paralysie générale sans délire. Comment, dira-t-on, faire figurer dans cette maladie des cas dans lesquels des symptômes physiques existent seuls pendant longtemps sans être accompagnés d'aucun trouble des facultés intellectuelles, alors que le délire doit être considéré comme un caractère essentiel de la paralysie des aliénés? A cela nous répondons d'une part, ces faits de folie paralytique existant pendant longtemps sans délire sont plus rares qu'on ne le dit aujourd'hui ; d'autre part, plusieurs faits classés sous ce nom doivent être répartis dans diverses

affections connues, et ne peuvent être considérés comme un début réel de paralysie des aliénés; enfin dans beaucoup de cas de ce genre, qu'on dit exempts de délire, il est facile à un observateur attentif et expérimenté de découvrir des traces évidentes de débilité ou de trouble des facultés intellectuelles qui permettent de prévoir l'apparition ultérieure d'un délire plus étendu. Du reste, il suffit que le délire se produise tôt ou tard pour que l'on doive considérer ces faits comme appartenant légitimement à cette maladie, en supposant d'ailleurs qu'ils en possèdent les autres caractères. Encore une fois, l'absence de l'un des symptômes caractéristiques à l'une des périodes de la maladie ne peut suffire pour exclure des faits de son cadre aux yeux de ceux qui pour la constituer à l'état d'unité distincte tiennent compte de l'ensemble de ses symptômes et non d'un seul signe quelque important qu'il soit.

III. — *Objection tirée des diverses variétés de début de la folie paralytique.*

Une objection plus sérieuse, qui mérite de nous arrêter plus longtemps, est basée sur la diversité très grande que cette maladie présente dans ses débuts et dans toutes les périodes de son évolution.

« Comment ranger dans la même unité morbide, nous dit par exemple M. Baillarger, des aliénés qui s'offrent à nous, pendant toute la durée de leur affection, sous la forme d'une simple démence calme, sans aucune agitation, et ceux qui se présentent, au contraire, sous les apparences d'une excitation maniaque si intense et si prolongée qu'il n'est pas dans nos asiles de malades plus agités et plus difficiles à contenir ?

Loin de redouter cette objection, qui est sérieuse et mérite un examen approfondi, nous la formulerons d'une manière plus complète encore. Nous croyons, en effet, que la paralysie générale présente, à son début, quatre variétés de marche bien distincte, variétés que nous devons indiquer ici en abrégé, avant de montrer comment elles peuvent se fondre dans l'unité générale de la maladie. Ces variétés de début sont, selon nous, au nombre quatre, deux dans lesquelles prédominent les symptômes physiques et deux qui sont surtout caractérisées par des troubles intellectuels. On s'imagine

trop aujourd'hui que cette maladie se développe toujours d'une manière identique sous la forme expansive qui a d'abord servi de type à la description. C'est en effet la variété de début la plus fréquente, mais pour la vérité de la description comme pour éviter les erreurs de diagnostic faciles à commettre dans sa première période, il importe de proclamer que ce n'est pas là la seule forme de son début, et il faut décrire les autres variétés avec autant de soin que celle qui a servi de base à l'étude des premiers observateurs. Ce qui a surtout induit en erreur à cet égard, c'est que ces premières périodes s'écoulent ordinairement dans le monde ou dans la famille. On est donc souvent obligé de les reconstituer après coup, lorsque la maladie est plus avancée, à l'aide des comptes rendus faits par les parents. La variété expansive, au contraire, plus rapide dans son développement, entraîne plus vite des actes désordonnés ou nuisibles qui forcent à placer les malades dans les asiles d'aliénés et les amène ainsi plus tôt sous les yeux des médecins spécialistes. Mais aujourd'hui que l'on observe dans tous les asiles un nombre considérable de paralytiques, on peut se convaincre facilement que la maladie débute souvent d'une toute autre façon. Il devient dès lors intéressant d'indiquer avec soin ces diverses variétés de début.

Variété paralytique. — Certains paralytiques destinés à devenir plus tard semblables à ceux que l'on trouve dans les asiles d'aliénés, se présentent d'abord à l'observation, et souvent pendant longtemps, sous une forme bien différente de celle que les médecins aliénistes se sont habitués à considérer comme le type unique du début de cette affection. Ce sont les malades que l'on dit aujourd'hui atteints de paralysie générale sans délire, mot impropre dans la plupart des cas, car presque toujours il existe chez eux des traces évidentes de délire, ou du moins de débilité intellectuelle, mais le trouble de la motilité prédomine tellement chez ces malades sur celui de l'intelligence, qu'il fixe seul l'attention, et qu'il faut un observateur exercé et attentif pour découvrir dans ces cas les premières nuances de lésion des facultés intellectuelles. Ces malades s'aperçoivent eux-mêmes peu à peu que leurs mouvements deviennent irréguliers, tremblants et n'ont plus le degré de précision nécessaire. Ils laissent tomber de temps en temps les objets qu'ils tiennent à la main ou ne peuvent plus se livrer à certains exercices qui exigent de la délica-

tesse dans les mouvements des mains ; par exemple, ils ne peuvent plus écrire, dessiner, toucher du piano, boutonner et déboutonner leurs vêtements, ni même exercer leur profession lorsqu'elle exige des mains un travail minutieux et délicat. Ils trébuchent en marchant contre le moindre obstacle qui se présente sous leurs pas, marchent en sautillant, d'une manière saccadée, d'un pas mal assuré ; ils se fatiguent plus facilement qu'autrefois éprouvent de la difficulté à monter et à descendre les escaliers. Tous leurs mouvements, sans être considérablement affaiblis, ont perdu leur précision, sont devenus irréguliers et mal coordonnés. Ils sont atteints en un mot d'une paralysie incomplète, générale et progressive qui se rapproche davantage des tremblements nerveux, et même de la chorée que des véritables paralysies complètes ou presque complètes que l'on observe dans d'autres affections du cerveau, de la moelle et du système nerveux. Ce tremblement général des mouvements, qui commence d'une manière presque insensible et augmente lentement et graduellement d'intensité, est accompagné, dès son début, d'un embarras particulier de la parole, tout à fait analogue à celui qui existe dans les autres variétés de début de la paralysie des aliénés. Ordinairement, on constate chez ces malades des maux de tête peu intenses, quelques étourdissements, souvent une inégale dilatation des pupilles, fréquemment aussi de l'impuissance des organes génitaux, quelquefois encore, il survient de loin en loin, dès cette époque, de l'incontinence des urines.

Les malades, à cette période, ont presque toujours conscience de leur état, et de la gêne qu'ils éprouvent pour parler et pour se mouvoir. Ils s'en préoccupent constamment et s'en affligent d'autant plus que cet état les empêche de continuer l'exercice de leur profession. Ils racontent avec complaisance au médecin les divers détails de leur affection, et paraissent, à première vue, jouir de la plénitude de leurs facultés intellectuelles. L'absence complète du délire peut donc exister quelquefois à cette période. Il est quelques malades en effet chez lesquels on chercherait vainement à en découvrir la moindre trace ; mais, dans l'immense majorité des cas, la faiblesse ou le trouble de l'intelligence sont assez faciles à constater et s'ils échappent au médecin qui se livre une seule fois à un examen superficiel, ils sont manifestes pour les personnes qui vivent constamment

avec eux et qui peuvent donner à cet égard les renseignements les plus positifs. Ces malades sont différents de ce qu'ils étaient autrefois, sous le rapport de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté. Leur énergie a baissé au moral comme au physique, ils ont des absences, commettent des fautes graves dans les travaux auxquels ils étaient le plus habitués ; souvent ils accusent eux-mêmes l'affaiblissement de leur mémoire et de toutes leurs facultés, ils oublient les faits les plus récents, alors même qu'ils conservent le souvenir des faits anciens. En un mot il est facile de découvrir chez eux des signes de démence commençante.

Leur caractère est altéré aussi bien que leur intelligence, ils s'émeuvent jusqu'aux larmes pour le motif le plus futile comme les vieillards et les malades atteints d'hémorragie cérébrale ou de ramollissement du cerveau ; ils se livrent à des emportements qui ne leur étaient pas habituels autrefois, deviennent irritables, difficiles à vivre, et, malgré leur douceur habituelle, ils sont susceptibles de s'abandonner tout à coup à des actes de violence. La volonté est affaiblie chez eux, comme l'intelligence. Ils sont indécis, craintifs, pusillanimes et se laissent conduire comme des enfants. En résumé, ils ont baissé au moral comme au physique et cet affaiblissement général des facultés présage l'apparition ultérieure d'un délire plus étendu. Quelquefois même dès cette période ils se livrent à des actes bizarres et désordonnés qui attirent l'attention des personnes qui les entourent, ou même ils expriment de temps en temps des idées singulières qui étonnent ceux qui les considèrent encore comme raisonnables, idées qui ne peuvent s'expliquer que par le délire et qui permettent de prévoir l'apparition prochaine d'un trouble plus complet de l'intelligence. Quelquefois dès cette période les malades commencent à révéler par l'expression de leur physionomie un sentiment général de satisfaction, ils présentent alors le contraste frappant d'une disposition hypocondriaque très prononcée coïncidant avec une conscience déjà moins exacte de leur situation et une tendance manifeste au contentement d'eux-mêmes, prélude assuré d'un délire d'orgueil qui prendra bientôt des proportions plus étendues.

Dans quelques cas rares, cet état physique et moral peut se perpétuer pendant longtemps, quelquefois même pendant plusieurs

années, en augmentant très lentement d'intensité. Mais ordinairement, au bout de quelques mois, le délire devient de plus en plus manifeste, alors tout à coup, parfois même dans l'espace d'une nuit, éclate chez ces malades un délire maniaque très intense avec prédominance d'idées de grandeur multiples et gigantesques, qui force à les conduire dans une maison d'aliénés et leur donne tous les caractères habituels des autres paralytiques observés dans les asiles. Dans d'autres cas enfin le délire devient également de plus en plus intense, mais au lieu de faire brusquement explosion sous la forme maniaque, il revêt petit à petit les caractères de la démence accompagnée de satisfaction générale avec prédominance de quelques idées de bonheur et de fortune moins gigantesques, plus tard enfin avec paroxysmes d'agitation plus ou moins intenses.

Variété congestive. — A côté de cette première variété de début que nous caractérisons plus spécialement par le mot de variété paralytique, nous placerons une seconde variété que nous appelons variété congestive et dans laquelle les troubles physiques prédominent également sur les troubles intellectuels.

Dans cette variété de début, les malades présentent le même aspect que ceux qui sont atteints de diverses affections cérébrales autres que la folie. La congestion, sous ses diverses formes, est le fait dominant. Les malades éprouvent de temps en temps des attaques, avec ou sans perte de connaissance, attaques simplement congestives ou même convulsives. Ces attaques sont ordinairement faibles ou de courte durée, mais elles peuvent aussi être très intenses.

Elles ressemblent alors complètement, soit à une attaque apoplectique, soit à une attaque épileptique, ce qui rend quelquefois le diagnostic très difficile, et ce qui fait dire plus tard que la paralysie générale a succédé à l'apoplexie ou à l'épilepsie tandis que son début avait simplement été signalé par des attaques apoplectiformes ou épileptiformes. Ce qui distingue ces attaques de celles avec lequelles on pourrait les confondre c'est qu'elles laissent ordinairement dans le physique et dans le moral des traces plus profondes et plus persistantes que celles qui succèdent, soit aux congestions cérébrales, soit aux accès d'épilepsie.

La parole reste longtemps embarrassée, les mouvements des membres deviennent difficiles, quelquefois même il existe pendant

quelques jours une hémiplégie incomplète qui va graduellement en diminuant d'intensité, à mesure que l'on s'éloigne de l'attaque, mais qui peut se reproduire après l'attaque suivante avec les mêmes caractères. Cette hémiplégie n'est ni complète ni longtemps persistante au même degré, ce qui permet, en général, de la distinguer de celle de l'hémorragie cérébrale.

L'intelligence s'affaiblit aussi à la suite de ces congestions comme les mouvements : mais de même que la lésion de la motilité présente de grandes différences de degré selon les moments, de même la faiblesse et le trouble de l'intelligence varient beaucoup d'intensité selon les instants où l'on observe les malades, et selon qu'ils sont plus ou moins éloignés d'une attaque congestive. Dans certains instants, en effet, on constate un très grand affaiblissement de la mémoire et des autres facultés ; dans d'autres, au contraire, les facultés intellectuelles paraissent tellement avoir repris leur activité primitive qu'on pourrait croire le malade atteint d'une paralysie générale sans délire, et qu'il faut une observation attentive pour constater, comme dans la variété précédente, la persistance de la faiblesse ou du trouble des facultés à un certain degré. Ordinairement cependant, après chaque nouvelle congestion l'intelligence baisse de plus en plus et revient plus difficilement au niveau où elle était auparavant. Cet état peut persister à ce degré pendant un certain temps. On peut observer ainsi un certain nombre de congestions suivies d'aggravation subite dans tous les symptômes, puis d'améliorations successives. Mais, en général après deux ou trois congestions de ce genre, les symptômes de la maladie deviennent plus évidents, la démence se caractérise de plus en plus et s'accompagne d'un trouble persistant des facultés intellectuelles, de conceptions délirantes variées, souvent enfin de paroxysmes d'excitation maniaque. En un mot, la maladie revêt peu à peu tous les caractères habituelles de la paralysie des aliénés, et l'on est alors contraint de conduire le malade dans un asile. C'est ainsi que cette variété congestive comme la précédente aboutit en définitive à une maladie identique malgré la différence du début.

Variété mélancolique. — Après les variétés caractérisées par la prédominance des symptômes physiques sur les symptômes intellectuels, nous arrivons à celles qui sont surtout remarquables par les

lésions de l'intelligence, et dans lesquelles le trouble des mouvements peut rester pendant longtemps inappréciable ou inaperçu.

La première de ces variétés est la variété *mélancolique*. Lorsqu'on remonte avec soin dans les antécédents des aliénés paralytiques observés dans les asiles, on découvre assez souvent que la maladie a débuté par un stade mélancolique quelquefois court, d'autrefois plus prolongé. A cette période, les malades sont dans un état d'affaissement physique et moral des plus prononcés, ils éprouvent une fatigue musculaire excessive qui les porte à rester immobiles ou même à garder le lit; ils se sentent incapables de marcher, de se mouvoir et de se décider à un acte quelconque, ils sont dans un véritable anéantissement moral et physique, dont ils ont conscience et dont ils s'affligent profondément ; ils ont une tendance hypocondriaque des plus marquées, se croient atteints d'une maladie grave, disent qu'ils vont mourir, ont même quelquefois des conceptions délirantes de nature triste mieux caractérisées; ils se croient incapables de tout, s'accusent, se croient coupables, en un mot ils ont toutes les apparences de la mélancolie hypocondriaque.

On parvient quelquefois à constater chez eux, dès cette époque, des troubles légers de la motilité, soit un embarras de la parole parfois assez prononcé, soit de la faiblesse ou du tremblement dans les membres. Mais ces symptômes physiques passent presque toujours inaperçus et l'état de mélancolie fixe seul l'attention. Dans tous les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale, on trouve des exemples de ce genre signalés parmi les prodrômes de cette affection et nous l'avons nous-même constaté fréquemment. Ce stade mélancolique peut être court, mais quelquefois il se prolonge assez longtemps. Dans tous les cas il disparaît peu à peu, pour faire place à un retour à peu près complet à l'état antérieur.

Ordinairement cependant, dès que la faiblesse physique et la tristesse morale ont cessé, l'observateur attentif commence à s'apercevoir que le malade passe graduellement à un état opposé. Il éprouve un sentiment de bien-être exagéré ; il ne s'est jamais si bien porté, dit-il, au physique et au moral ; il a une grande activité, un besoin de mouvement incessant; il conçoit des projets variés et entreprend des choses qu'il n'eût jamais songé à réaliser autrefois. Les projets n'ont encore rien d'absurde, sont encore en rapport,

jusqu'à un certain point, avec sa situation de fortune et sa profession, mais ils sont en contradiction avec ses goûts et ses habitudes antérieurs. Tout se modifie, en un mot, dans son caractère, dans sa conduite, dans sa manière de vivre ; il acquiert ainsi progressivement tous les caractères de la variété expansive dont nous parlerons tout à l'heure. Souvent alors d'une manière très brusque ou presque tout à coup on voit survenir chez ces malades qui ne présentaient alors qu'une activité exagérée et presque fébrile, on voit survenir, dis-je, le délire maniaque le plus prononcé avec prédominance d'idées de grandeur gigantesques et absurdes. Cette variété de début vient donc se confondre, comme les précédentes, avec la forme type de la maladie décrite par tous les observateurs et dont nous allons rapidement esquisser quelques traits sous le nom de variété expansive. Nous insisterons très peu sur cette dernière variété qui est cependant la plus fréquente, parce qu'elle est connue de tous et que nous ne faisons pas ici une description de la maladie, mais, un examen critique des objections que l'on peut adresser à sa constitution comme affection spéciale.

Variété expansive. — Les paralytiques qui se présentent dès le début de leur affection sous la forme expansive ont été ordinairement pendant toute leur vie des hommes actifs, entreprenants, téméraires, joignant une grande bienveillance à un caractère irritable et violent par boutades.

Lorsque ce caractère vient à s'exagérer par l'effet de la maladie, il est alors difficile de préciser exactement le moment du début.

Cependant, à un certain moment, cette activité devient tellement exagérée qu'elle dépasse toutes les limites de l'état normal. Le malade est sans cesse en mouvement ne se donne pas un instant de repos, éprouve un sentiment de force et de bien-être exagéré, ne dort presque pas et conçoit les projets les plus variés qu'il veut réaliser à l'instant même. Ces projets ne sont pas encore tout à fait irréalisables et peuvent se justifier jusqu'à un certain point dans la position où se trouve le malade, mais ils sont contraires à ses goûts antérieurs et sont du reste difficiles à exécuter. En même temps ce malade devient plus violent, plus irritable, ne supporte plus les contradictions et est disposé à se porter à des actes de violence instantanés envers les personnes qui l'entourent. Sa conduite se ressent

du trouble commençant de son intelligence, il se livre à des excès qui ne lui étaient pas habituels auparavant, à une manière de vivre irrégulière et désordonnée, et commet souvent des actes délirants qui étonnent singulièrement ceux qui en sont témoins, actes qui quelquefois même sont d'une nature plus grave et provoquent son arrestation à une époque où le délire n'est pas encore caractérisé pour nécessiter la séquestration d'une manière absolue. Parmi ces actes nous devons citer surtout l'action de se déshabiller, de s'égarer dans la campagne, de coucher hors de son habitation, de ne pas payer une voiture ou sa consommation dans un café, enfin des vols d'une nature toute particulière faits sans intention et comme par mégarde à une devanture de boutique ou à l'étalage d'un marchand.

Ce sont presque toujours des actes de ce genre qui, à Paris, provoquent l'arrestation des aliénés paralytiques, à cette période de simple suractivité.

Une fois l'excitation cérébrale arrivée à ce degré elle ne tarde pas à augmenter rapidement d'intensité dans l'espace de quelques jours, elle acquiert ainsi les proportions d'une véritable excitation maniaque avec prédominance de conceptions délirantes variées et surtout d'idées de grandeur. On ne peut alors se dispenser de conduire les malades de tout ordre auxquels les exposerait un pareil état maladif.

Nous avons cru devoir esquisser ici rapidement les quatre variétés de début de la folie paralytique. C'était à nos yeux la seule manière de bien préciser l'objection qu'on peut tirer de l'existence de ces variétés contre l'unité de la forme, et le seul moyen de faire comprendre les arguments qu'on peut opposer à cette objection.

Réponse à l'objection tirée des variétés de début. — Ces variétés de début, envisagées séparément, paraissent essentiellement distinctes l'une de l'autre, et il semble difficile, à première vue, de les rattacher à une seule et même maladie. Mais il ne faut pas oublier que ces variétés, qu'on distingue les unes des autres pour la facilité de la description, offrent entre elles de nombreux points de contact. Pour les caractériser, on se base sur des prédominances de symptômes, mais elles participent toutes plus ou moins des caractères l'une de l'autre. Dans les deux variétés, par exemple, où prédominent les troubles physiques, on constate presque toujours des troubles

concomitants de l'intelligence, et ces troubles sont d'une nature analogue à ceux que l'on rencontre dans les cas où le délire est le fait culminant. Les deux variétés délirantes à leur tour présentent presque toujours l'embarras dans la parole et le tremblement des membres que l'on observe dans la variété plus spécialement paralytique et les phénomènes congestifs de la variété congestive. Ainsi, même à la première période, chacune des variétés de début participe déjà, des caractères communs de la maladie, de ceux qu'elle revêtira plus tard d'une manière plus complète, par conséquent, à travers la diversité apparente des débuts, il est possible de découvrir assez d'analogies pour constituer l'unité de la forme. C'est à ces caractères communs puisés dans l'étude des symptômes physiques, des troubles intellectuels de la marche et des lésions anatomiques qu'il faut surtout s'attacher, au lieu d'insister outre mesure sur les différences qui peuvent bien motiver la description isolée de plusieurs variétés de marche mais qui ne doivent jamais faire oublier les analogies assez nombreuses pour permettre de les rattacher toutes par des liens indissolubles à l'unité de la maladie.

IV. — *Objection tirée des différences dans la marche et les symptômes de la maladie confirmée.*

Mais, dira-t-on, s'il n'existait entre les variétés de la paralysie générale que des différences de début, si, au bout d'un temps plus ou moins long, toutes ces variétés venaient se fondre dans la même unité morbide et suivaient ensuite une marche identique jusqu'à leur terminaison, l'unité de la maladie ne serait pas compromise par l'existence de ces variétés de début. Mais en est-il toujours ainsi? N'existe-t-il pas des différences dans la marche de la paralysie générale depuis son début jusqu'à sa terminaison. N'a-t-elle pas par exemple une marche aiguë et une marche chronique? Ne voit-on pas des malades rester dans un état de démence calme pendant plusieurs années, et même pendant toute la durée de leur maladie, tandis que d'autres sont dans un état d'agitation maniaque presque incessante jusqu'à la mort? Ne voit-on pas des paralysies générales régulièrement progressives et continues pendant tout leur cours? D'autres au contraire présenter des paroxysmes et

des rémissions si notables et si prolongées qu'elles simulent des guérisons véritables? Ne voit-on pas quelquefois les symptômes de la paralysie, très marqués chez certains malades, pendant toute la durée de leur maladie, être à peine sensibles chez d'autres, pendant la plus grande partie de l'affection, et se suspendre même pendant longtemps au point de laisser dans le doute l'observateur le plus exercé sur l'existence réelle de la maladie ?

Ne voit-on pas, dans certains cas, le trouble des facultés intellectuelles consister dans un simple affaiblissement des facultés, sans délire bien caractérisé, en un mot, dans un simple état de démence (que certains auteurs hésitent à décorer du nom de folie), tandis que, dans d'autres cas, les conceptions délirantes les plus multipliées, les plus bizarres et les plus absurdes se succèdent et se remplacent sans interruption pendant toute l'évolution de la maladie ? Enfin le délire de satisfaction, de richesse et de grandeur, si caractéristique de cette affection, ne manque-t-il pas chez un certain nombre de paralytiques, pendant tout le court de leur affection et n'est-il pas remplacé chez d'autres par un délire de nature triste ou hypocondriaque qui semblerait à première vue devoir faire exclure ces faits du cadre de cette affection ? En un mot, soit qu'on envisage les symptômes physiques, les symptômes intellectuels ou la marche, on trouve entre les divers malades atteints de paralysie générale de telles différences qu'on serait tenté de déclarer ces diversités de marche et de symptômes trop prononcées pour permettre de ranger ces faits, en apparence si disparates, dans le cadre d'une seule et même maladie. Mais en les étudiant de plus près, en tenant compte surtout de l'ensemble des faits, au lieu d'appesantir son attention sur chacun des symptômes isolément, en ayant le soin de suivre les malades pendant toute l'évolution de leur mal au lieu de ne les étudier qu'à un moment donné, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il en est de ces variétés de marche comme des variétés de début dont nous parlions tout à l'heure ; que, très distinctes en apparence, elles se confondent à chaque instant et envahissent constamment l'une sur l'autre, au point de rendre impossible toute distinction fondamentale entre elles. Tel malade qu'on a déclaré d'abord atteint de démence simple, sans délire prédominant, offre tout à coup, soit des conceptions délirantes multiples, soit un paroxysme d'excitation

maniaque, qui se reproduit ensuite plusieurs fois pendant le cours de la maladie. Tel autre, dont l'affection a débuté par une grande excitation, avec prédominance de conceptions délirantes variées, tombe petit à petit dans un état de démence simple, dans laquelle l'observateur a beaucoup de peine à découvrir la trace des conceptions délirantes antérieures. Tel autre, enfin, qui a présenté, dans les premières périodes, une simple débilité intellectuelle peu marquée, ou bien un délire mélancolique pouvant induire en erreur sur la nature réelle de l'affection, offre tout à coup les caractères les plus saillants du délire des grandeurs sous sa forme la mieux accusée. Les mêmes points de contact qu'on observe entre les diverses variétés, sous le rapport du délire, existent sous le rapport des symptômes physiques et de la marche. Tel malade qui n'a pas eu d'attaques congestives ou convulsives au début en présente dans la dernière période, et vice-versa. Tel autre aliéné dont les symptômes de paralysie sont si peu marqués pendant longtemps, que l'on pourrait presque contester l'existence de la paralysie générale, présente plus tard les caractères si tranchés de cette paralysie qu'aucun doute ne peut subsister dans l'esprit de personne sur la nature réelle de la maladie. Tel autre dont l'affection a marché très lentement pendant les premières périodes, et a même offert des rémissions si complètes et si prolongées qu'on a pu croire à la réalité de la guérison, présente plus tard une rechute si brusque et si complète que la maladie marche alors avec une extrême rapidité vers une terminaison funeste ; chez un autre malade, au contraire, l'affection qui a offert à son début une marche très aiguë vers la démence profonde et la paralysie avancée, reste longtemps stationnaire à ce degré et a ensuite une marche très lente et une très longue durée.

Ainsi, au milieu des variétés qu'on observe dans la marche de la maladie, sous le rapport du degré et du mode d'apparition de ses divers symptômes, il existe néanmoins des points de contact assez nombreux et une uniformité assez grande pour que l'unité de la maladie se conserve intacte, malgré toutes ces diversités.

Pour juger exactement les faits et les comparer entre eux, il ne faut donc pas fragmenter, étudier isolément chaque symptôme et chercher ainsi à démolir pièce par pièce l'édifice de la maladie. Il

faut envisager les faits dans leur ensemble, dans leurs caractères communs, dans les lois générales qui président à leur évolution, il faut en un mot procéder pour cette maladie comme on le fait pour toutes celles de la pathologie ordinaire. Nous ne pouvons mieux faire comprendre notre pensée qu'en cherchant un terme de comparaison dans une maladie très fréquente, dont la marche offre les plus grandes analogies avec celle de la paralysie des aliénés, nous voulons parler de la phtisie pulmonaire. Est-il une maladie mieux caractérisée par ses lésions, par l'ensemble de ses symptômes, par sa marche, par sa terminaison constamment funeste, comme par le mode de succession de ses divers symptômes ? Est-il une maladie présentant plus de caractères communs chez tous les individus qui en sont atteints et plus susceptible d'une description uniforme permettant de la reconnaître dans chaque cas particulier ? Et cependant quelle diversité dans sa marche et combien est varié le tableau qu'elle nous offre chez les divers malades qui en sont affectés. Quelquefois elle a une marche si aiguë et si rapide que cette variété a reçu le nom de phtisie galopante ; dans d'autres cas, au contraire, elle a une évolution si lente que des individus condamnés comme phtisiques dans leur jeunesse, ne succombent à cette maladie qu'à un âge avancé. Il est certains phtisiques qui, minés sourdement par leur mal, marchent lentement et d'une manière continue vers la mort, sans présenter ni paroxysmes, ni rémissions notables, pendant tout le cours de leur affection. De même certains aliénés paralytiques sont atteints d'une paralysie, régulièrement progressive et d'une démence qui augmente d'intensité d'une manière insensible, sans offrir ni paroxymes d'agitation, ni améliorations notables dans les symptômes physiques et moraux. Tel autre phtisique, au contraire, atteint subitement d'hémoptysie est pris rapidement de tous les autres symptômes de la maladie ; sa respiration devient difficile ; il a de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes ; il maigrit rapidement ; il expectore des crachats purulents. L'auscultation permet de constater chez lui l'existence d'une caverne qui se forme au sommet du poumon et se vide successivement ; il est, en un mot, dans un paroxysme de la maladie qui semble marcher avec une extrême rapidité vers une terminaison funeste. Eh bien ! peu à peu tous ces symptômes diminuent d'intensité. A la suite d'une médication employée, d'un

changement de lieu ou d'un voyage, on voit le malade revenir à la santé, la caverne dont on avait constaté l'existence par l'auscultation se cicatrise, petit à petit; il ne se produit pas de nouvelle évolution tuberculeuse dans d'autres parties du poumon; le malade recouvre les apparences de la santé. Sa respiration devient plus facile, il cesse de tousser et de cracher, il reprend de l'embonpoint: on le croit guéri ! N'en est-il pas de même de l'aliéné paralytique qui, après un accès maniaque caractéristique avec symptômes de paralysie, agitation violente et prédominance d'idées de grandeur multiples, gigantesques, absurdes et contradictoires se calme peu à peu, revient progressivement à la raison (comme cela arrive plus souvent qu'on ne le croit aujourd'hui), reconnaît l'absurdité des idées qu'il a émises, s'étonne même d'avoir pu y ajouter foi, est en un mot dans un état de rémission tellement notable qu'elle peut simuler la guérison ? Dans ces cas, le malade est, il est vrai, plus faible d'intelligence qu'avant son accès; son intelligence a ordinairement baissé de niveau quand on le compare à lui-même et à ce qu'il était avant sa maladie. Il lui reste aussi par moments un peu d'embarras dans la parole et de tremblement dans les membres; mais ces symptômes sont si peu marqués et si fugitifs, qu'ils peuvent passer inaperçus; quelquefois même ils n'existent pas réellement et le malade paraît avoir repris possession de toutes ses facultés. Mais chez le phtisique aussi bien que chez l'aliéné paralytique, quel est le médecin expérimenté qui partagera dans ces cas les illusions du public ? On sait en effet par expérience qu'il est dans l'essence de ces deux maladies de se reproduire tôt ou tard et en général au bout de peu de temps. Dans la phtisie, on redoute avec raison une nouvelle évolution tuberculeuse dans d'autres points du poumon, qui donnera naissance aux mêmes symptômes et sera suivie de plusieurs autres jusqu'à la mort. De même, dans la paralysie générale, l'expérience des cas analogues doit faire redouter de nouvelles congestions cérébrales, de nouvelles poussées sanguines à la surface du cerveau, qui détermineront les mêmes accidents physiques et moraux que lors de la première atteinte du mal. Mais, ajoutera-t-on, certains phtisiques peuvent guérir; des médecins distingués ont publié des observations de guérison. Pourquoi contester, d'une manière absolue, tous ces faits et vouer fatalement à la mort, sans la moindre chance de

guérison, des malades qui paraissent avoir guéri réellement dans certains cas exceptionnels. Pourquoi, dira-t-on, ne pourrait-il pas en être de même des aliénés paralytiques, qui sans doute aboutissent presque toujours à la mort, mais auxquels la science ne doit pas enlever absolument toute chance de salut. Pourquoi nier l'authenticité des faits, peu nombreux, il est vrai, de guérison cités par certains auteurs distingués, dont personne ne peut contester la compétence et le mérite ? J'accepte volontiers, pour ma part, la question ainsi posée et la comparaison établie entre la curabilité de la paralysie générale et celle de la phtisie. Je l'accepte d'autant plus volontiers qu'en songeant à la nature des lésions qui caractérisent la paralysie générale, surtout à son début, on a lieu de s'étonner qu'elle ne soit pas plus souvent curable.

On ne comprend guère, en effet, pourquoi la congestion sanguine et l'afflux de sérosité à la surface du cerveau et de ses membranes, coïncidant avec une altération très légère de la substance grise superficielle, on ne comprend pas facilement, dis-je, pourquoi ce travail pathologique, existant dans des points très limités du cerveau, ne serait pas susceptible de guérison dans les points affectés, au même titre et beaucoup plus encore que les foyers de l'hémorragie cérébrale, et pourquoi de nouvelles congestions et de nouvelles lésions du même genre devraient nécessairement se produire dans d'autres parties des circonvolutions, entraîner ainsi une aggravation successive de la maladie et amener enfin la mort dans un espace de temps plus ou moins éloigné. Si l'on envisage la nature et le mode de succession des lésions, qui donnent lieu aux symptômes de la paralysie générale des aliénés, on doit donc s'étonner de la gravité constante de cette maladie, et par conséquent on ne doit pas repousser la possibilité de sa guérison. Du reste, cette curabilité de la paralysie générale ne nuirait en rien à sa constitution comme espèce morbide, attendu que beaucoup de maladies, admises comme parfaitement démontrées, la variole par exemple, peuvent se terminer par la mort ou par la guérison, sans que cette différence dans le mode de terminaison, empêche la détermination de l'espèce nosologique. C'est donc là une simple question d'observation et non une question de doctrine. Malheureusement, l'expérience a prouvé que dans l'immense majorité des cas, la paralysie générale s'est jusqu'ici ter-

minée par la mort. Il en est de cette affection comme de la phtisie pulmonaire et du cancer. On peut bien citer un certain nombre de cas de guérison d'une authenticité plus ou moins contestable, dont quelques-uns cependant ne peuvent être révoqués en doute, mais ces faits exceptionnels ne sont, ni assez nombreux, ni assez concluants, pour détruire dans l'esprit des médecins l'opinion que ces maladies sont réellement incurables, dans l'état actuel de la science.

Pour prouver, dans quelques cas rares, la possibilité de la guérison, on nous cite des exemples de manie avec idées de grandeur et symptômes légers de paralysie générale, qui auraient été suivis d'une suspension complète pendant plusieurs années. On ajoute alors que, si la maladie se reproduit après un si long temps, on doit considérer son retour comme une rechute et non comme la suite de l'évolution naturelle d'une même maladie. A cela je réponds d'abord par la comparaison avec la phtisie. Dira-t-on que la phtisie est curable parce qu'après une première atteinte de tous les symptômes caractéristiques de cette affection, un malade restera pendant plusieurs années sans les éprouver de nouveau ? Si ces symptômes se reproduisent après un si long espace de temps, dira-t-on que le malade était guéri et qu'il éprouve une simple rechute du même mal, ou bien que la maladie reprend son cours longtemps interrompu ? On pourrait croire à une rechute accidentelle s'il s'agissait d'une affection aiguë, ordinairement de courte durée, comme la pneumonie par exemple, qui guérit souvent dans un temps déterminé et qui ne se reproduit pas nécessairement pendant la vie d'un même individu. Mais peut-on le dire de la phtisie dont l'essence est de reparaître fatalement lorsqu'elle s'est une fois manifestée, qui le plus souvent ne se suspend que momentanément d'une manière incomplète, et qui dans les cas rares où elle semble longtemps suspendue, doit être considérée comme existant toujours à l'état latent ? Ici, comme en toutes choses, les faits généraux doivent dominer les faits exceptionnels. Dans la phtisie, comme dans la paralysie générale, la marche continue étant la règle, les suspensions plus ou moins prolongées, lorsqu'elles se produisent, doivent être éclairées par la comparaison, avec les faits intermédiaires, dans lesquels on constate des rémissions de plus en plus notables et prolongées. Dans ces cas, on doit donc admettre la continuité de la maladie, malgré la suspen-

sion de ses manifestations, et ne pas parler de rechute, c'est-à-dire d'une nouvelle production de la maladie, alors qu'il ne s'agit en réalité que d'un retour prévu de ses symptômes antérieurs.

Mais ces accès de manie avec idées de grandeur ne doivent pas seulement attirer ici notre attention sous le rapport de leur curabilité; il nous reste à examiner leur valeur comme moyen de diagnostic de la paralysie générale et comme servant à caractériser cette unité morbide.

V. Objection tirée des accès maniaques avec idées de grandeur, qui ne se terminent pas par la paralysie générale.

On observe, dit-on, quelquefois, dans les asiles d'aliénés, des accès de manie avec symptômes de paralysie générale et prédominance d'idées de grandeur, qui se terminent par la guérison et ne sont pas nécessairement suivis des périodes ultérieures de la paralysie générale. On conclut de ce fait que cet état mental particulier, qu'on a cru jusqu'ici caractéristique de la paralysie générale, n'est pas nécessairement lié à cette affection et qu'il peut exister d'une manière indépendante, sous le nom de manie congestive. On enlève ainsi à l'unité de la maladie une de ses bases les plus solides, en cherchant à détruire la valeur du signe tiré de la spécialité de son délire. Je reconnais volontiers que le délire des grandeurs n'est pas un signe pathognomonique de cette affection. Il manque dans un assez grand nombre de cas, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie, soit sous la forme de simple satisfaction générale, soit sous celle plus tranchée de délire de fortune et de puissance. Dans d'autres cas, il n'existe que pendant peu de temps, à une certaine période, et peut ainsi passer inaperçu. Dans d'autres circonstances, enfin, après avoir existé à une certaine période, il est remplacé par des conceptions délirantes d'un ordre tout différent. Ces conceptions sont, selon moi, aussi caractéristiques de cette affection, quoique d'une nature précisément inverse ; je les ai signalées en passant, dans ma thèse, parmi les diverses idées absurdes que présentent ces malades; M. Baillarger y a insisté depuis, d'une manière particulière en les désignant sous le nom de délire hypocondriaque. Ces malades disent alors qu'ils sont morts, qu'ils

n'ont plus ni bouche ni intestins, qu'ils n'ont plus ni bras ni jambes, que leurs membres ne leur appartiennent pas, qu'ils ont une tête de plomb, qu'ils n'ont plus de tête, etc., etc. M. Baillarger a fait remarquer, avec raison, que ce délire, vraiment spécial, coïncide presque toujours avec les périodes de dépression de la maladie, avec les moments de grand affaiblissement physique, s'accompagne souvent de refus des aliments et est fréquemment suivi d'une sorte de diathèse gangréneuse qui met pendant cette période la vie des malades en danger. Mais la seule chose que nous cherchions à noter ici, c'est que ce genre de délire alterne souvent plusieurs fois, pendant le cours de la maladie, avec le délire des grandeurs, lequel coïncide au contraire avec les périodes d'excitation et que, par conséquent, le délire des grandeurs, malgré sa fréquence, est loin d'être constant, soit chez les divers paralytiques, soit chez le même malade aux différentes périodes de son affection. D'un autre côté, s'il manque assez fréquemment dans la paralysie des aliénés, le délire ambitieux peut se rencontrer également dans d'autres formes de maladies mentales. Cette assertion paraît surtout vraie si l'on donne au mot délire d'orgueil son acception la plus large, et si l'on n'a pas le soin de déterminer les caractères spéciaux du délire ambitieux propre à la folie paralytique. J'ai essayé (1) de préciser ces caractères. Je les ai résumés en disant que, chez les paralytiques, le délire des grandeurs est *multiple*, *mobile*, *absurde et contradictoire*. Ce qui le caractérise surtout, en effet, c'est l'absence de coordination, qui témoigne déjà d'un commencement de démence, au milieu de l'activité apparente des facultés, et qui contraste d'une manière très remarquable avec le délire d'orgueil systématisé des autres aliénés. Tous les médecins spécialistes savent, par exemple, qu'il existe dans les asiles des rois, des reines, des princes et des princesses, des grands personnages en un mot, qui n'ont jamais été et ne seront jamais paralytiques ; mais combien leur délire orgueilleux diffère de celui des aliénés paralytiques qui croient cependant posséder les mêmes titres et les mêmes dignités ! Tandis que l'aliéné ordinaire a son roman parfaitement coordonné qu'il raconte à tout venant de la même façon, motive toutes ses prétentions, prévoit

(1) J. Falret, thèse, 1853. Voir p. 96.

toutes les objections, a des réponses pour les difficultés qu'on peut lui opposer, reste conséquent dans ses actes et dans son maintien avec l'esprit de son rôle imaginaire, l'aliéné paralytique au contraire, ne donne que des explications très incomplètes sur l'origine de ses titres ou de ses dignités ; il en fournit de différentes selon les moments ; il n'est conséquent avec lui-même, ni dans ses idées ni dans ses actes ; il raconte parallèlement sa vie réelle et sa vie imaginaire, sans en sentir la contradiction ; il croit posséder en même temps, ou l'un après l'autre, plusieurs titres ou plusieurs dignités qui s'excluent ou sont incompatibles. En un mot, tout est contradictoire, non motivé, ou mal coordonné dans le délire des grandeurs du paralytique, tandis que le délire d'orgueil des autres aliénés est, au contraire, parfaitement systématisé. Les caractères spéciaux du délire des grandeurs des paralytiques, qui appartiennent également à toutes leurs conceptions délirantes, ont, selon nous, une grande importance pour caractériser cette affection et pour la constituer plus solidement comme espèce nosologique. En tenant compte de ces caractères, on diminue déjà beaucoup le nombre des cas d'aliénation dans lesquels on peut constater ce délire spécial de la paralysie des aliénés. Mais on prétend que l'on rencontre des maniaques qui présentent ces caractères, et qui cependant ne deviennent pas nécessairement paralytiques.

On m'accordera du moins que ces faits sont peu fréquents : que, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, ce délire spécial est propre à la paralysie des aliénés et est suivi de ses périodes ultérieures. On m'accordera également que, dans la plupart des cas de prétendue guérison à la suite d'un pareil état, la maladie ne tarde pas à reparaître avec tous ses symptômes essentiels et que, par conséquent, ce n'est que la continuation de la même affection après une suspension momentanée.

Nous ne discutons donc que pour quelques faits exceptionnels, sur lesquels l'observation ultérieure pourra seule nous éclairer d'une manière définitive. Je n'ai pas l'intention de contester ces faits d'une manière absolue, d'autant plus que j'ai observé quelque cas de ce genre où le diagnostic m'a paru difficile et en particulier des périodes d'exaltation de la folie circulaire (ou folie à double forme) dans lesquelles les malades offrent quelquefois un délire des grandeurs

analogue à celui de la première période de la folie paralytique.

Je pense, quant à moi, qu'une science plus avancée permettra de découvrir (même dans ces cas difficiles) des moyens de diagnostic entre ces diverses variétés de délire, en apparence identiques et que la spécialité du délire des paralytiques sortira triomphante de cette épreuve décisive. Néanmoins, je veux bien admettre qu'il est quelques cas exceptionnels dans lesquels il est difficile de distinguer, dans l'état actuel de la science, si un état maniaque avec prédominance d'idées de grandeurs appartient réellement à la paralysie des aliénés, ou bien à d'autres formes de maladies mentales. Mais que peut-on conclure d'une pareille exception? Est-ce sur des faits aussi rares qu'on peut se baser pour contester l'unité de la maladie et la valeur diagnostique et pronostique du délire spécial ? Cela ne prouve absolument qu'une seule chose, selon moi, c'est que ce délire n'est pas constant et qu'il n'est pas pathognomonique, mais cela ne prouve nullement qu'il ne soit pas un caractère important de cette affection et que lorsqu'on le rencontre, avec ses caractères spéciaux, on ne doive pas affirmer l'existence de la paralysie générale comme très probable. Cela prouve seulement qu'un signe unique n'est jamais suffisant pour caractériser une maladie, quelque valeur qu'il ait d'ailleurs par lui-même. Ce délire spécial est relativement à la paralysie générale ce qu'est l'hémoptysie par rapport à la phtisie et l'albuminurie par rapport à la maladie de Bright. Sans doute ces symptômes peuvent se rencontrer dans d'autres affections et ne sont pas rigoureusement pathognomoniques, mais quel est le médecin qui, en les constatant, hésitera à se prononcer sur l'existence de l'une ou de l'autre de ces affections et ne cherchera pas à confirmer son diagnostic par l'examen des autres symptômes qui complètent le tableau de la maladie.

On a bien cherché, il est vrai, à enlever à chacun de ces symptômes l'importance que leur avaient accordée les premiers observateurs. On a prouvé que l'hémoptysie pouvait être due à d'autres affections qu'aux tubercules pulmonaires, de même qu'aujourd'hui on cherche à démontrer que l'état maniaque avec symptômes légers de paralysie générale et prédominance des idées de grandeur spéciales, peut exister sans être lié à la paralysie générale. On a fait le même travail relativement à la maladie de Bright, en prouvant que la présence de

l'albumine dans les urines se rencontrait dans un grand nombre d'autres affections. Mais en retirant ainsi à ces symptômes leur valeur pathognomonique, on ne leur a pas enlevé l'importance réelle qu'ils possèdent, soit comme signes diagnostiques et pronostiques, soit comme symptômes essentiels servant à caractériser l'individualité morbide. Il en sera de même de l'état maniaque avec prédominance d'idées de grandeur, qui restera toujours un signe important pour diagnostiquer la paralysie générale, pour la constituer à l'état de forme distincte parmi les maladies mentales et pour pronostiquer la production de ses périodes ultérieures.

En examinant ainsi isolément chacun des symptômes essentiels des maladies, en se demandant s'ils sont constants dans cette affection et s'ils n'existent pas dans des maladies différentes, on fragmenterait toute la pathologie, et l'on détruirait une à une toutes les maladies, même les plus solidement établies. Il n'en est pas une seule qui puisse résister à cette méthode dissolvante qui réduirait la pathologie à l'étude des symptômes et des faits particuliers et s'opposerait à toute généralisation. Ce serait faire de la séméiologie et non de la nosologie. Il ne faut jamais perdre de vue qu'une espèce pathologique ne doit pas être basée sur un seul signe, quelque important qu'il soit, mais sur l'ensemble des symptômes et sur leur mode particulier de succession. La paralysie générale des aliénés ne doit donc reposer, comme maladie distincte, ni exclusivement sur les caractères spéciaux de la paralysie, ni sur les caractères spéciaux du délire. Elle ne peut exister, à l'état d'espèce nosologique, qu'à la condition d'être basée, comme l'a dit parfaitement Parchappe, sur des symptômes physiques, sur des symptômes intellectuels et sur une marche spéciale. C'est pourquoi nous avons cru nécessaire d'ajouter à l'exposé dogmatique de ces caractères communs, si bien présenté par Parchappe, l'examen critique des objections principales qu'on peut opposer à cette manière de voir. Nous avons voulu prouver que, s'il existait parmi les faits groupés aujourd'hui sous le nom de paralysie générale des aliénés, sous le rapport des symptômes et de la marche, des différences assez importantes pour justifier la création de variétés particulières, ces différences n'étaient pas cependant assez essentielles pour porter atteinte à l'unité de la maladie.

Nous avons cherché à démontrer qu'on pouvait découvrir entre ces faits un nombre suffisant de caractères communs pour faire admettre cette maladie dans le cadre nosologique, comme individualité distincte, intermédiaire aux diverses affections cérébrales et aux différentes formes de la folie.

VII

VARIÉTÉS CLINIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

— 1878 —

Depuis l'époque où l'on a découvert la paralysie générale, c'est-à-dire depuis 1822, l'histoire de cette maladie a parcouru plusieurs phases successives.

Elle a été d'abord étudiée exclusivement chez les aliénés, et on la considérait alors comme une simple complication ou comme une terminaison de l'aliénation mentale.

L'ouvrage de Calmeil, publié en 1826, et qui a été le point de départ de ces études, est, en effet, intitulé : *De la paralysie générale incomplète, considérée chez les aliénés.*

Bayle, il est vrai, dès 1822, avait donné à cette maladie le nom de *méningite chronique* et l'avait isolée des autres formes de maladies mentales, en la considérant comme une affection spéciale.

Mais la plupart des auteurs qui l'ont suivi, et en particulier Esquirol, n'ont pas admis cette manière de voir; ils ont continué à l'envisager comme une simple complication de la folie. On allait même, à cette époque, jusqu'à admettre que toutes les folies pouvaient se terminer par la paralysie générale, qui devenait ainsi une terminaison presque nécessaire de l'aliénation mentale et surtout de la démence.

Chose remarquable, dans l'étude de cette affection, on a en quelque sorte marché à reculons. On a commencé par l'autopsie. On a d'abord découvert dans le cerveau des aliénés des lésions diverses, qui ont attiré l'attention des observateurs, et, après les avoir constatées, on a rattaché à ces lésions les symptômes paralytiques observés chez ces malades, dans les dernières périodes de leur existence. Aussi

(1) Extrait du compte rendu sténographique du Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris du 5 au 10 août 1878.

n'étudiait-on, à cette époque, que les périodes ultimes de cette affection, et était-on arrivé à lui assigner une durée moyenne de six mois à un an environ. On n'était pas encore remonté au véritable début de la maladie.

Une seconde période dans l'histoire de la paralysie générale a été caractérisée par la tendance à envisager cette affection comme une maladie spéciale, ayant ses symptômes physiques et moraux, son anatomie pathologique et sa marche particulière. Cette opinion, déjà défendue, dès l'origine, en 1822, par Bayle (qui avait donné à cette maladie le nom de *méningite chronique*), a été surtout introduite dans la science par Parchappe, qui, en 1840, l'avait appelée *folie paralytique*, tout en admettant quelques cas rares dans lesquels la paralysie générale pouvait survenir comme complication des folies anciennes.

A cette période en succéda une autre.

Jusqu'alors on n'avait étudié la paralysie générale que dans les asiles d'aliénés. A partir de 1846, on commença à en observer quelques exemples dans les hôpitaux ordinaires, ou dans la pratique civile. Requin, Sandras, Lunier, Brierre de Boismont, Duchenne de Boulogne, publièrent quelques observations de paralysie générale progressive, dite « *sans délire* », ou du moins avec un degré très léger de démence simple, sans conceptions délirantes.

On vit alors deux opinions se produire à ce sujet parmi les médecins : les uns proclamaient qu'il existait deux espèces de paralysie générale, l'une avec délire et l'autre sans délire ; les autres, au contraire, soutenaient que cette distinction n'était possible à établir que dans les premières périodes de la maladie, et que toute paralysie générale dite « sans délire », finissait toujours par aboutir à l'aliénation ou à la démence paralytique. Cette dernière opinion, surtout défendue par MM. Baillarger et Lunier, finit par prévaloir. On en vint ainsi à constituer la paralysie générale progressive comme une maladie tout à fait spéciale, distincte de la folie proprement dite et intermédiaire entre les autres affections cérébrales et les diverses formes de l'aliénation mentale.

On en était arrivé à ce point, quand le professeur Lasègue publia sa thèse pour l'agrégation en 1853 (1), et lorsque je soutins

(1) Lasègue, *Paralysie générale progressive;* 1853.

moi-même ma thèse pour le doctorat (1). Depuis lors une nouvelle évolution s'est faite dans l'histoire de cette maladie; c'est celle sur laquelle il importe surtout d'insister aujourd'hui. De nouveaux faits très importants sont venus s'ajouter à l'histoire de cette affection, et ces faits, nouvellement observés, ont singulièrement modifié sa description.

Le premier de ces faits d'observation est relatif à la *durée de la maladie*. On l'avait d'abord fixée à six mois ou un an. Plus tard on était arrivé à admettre qu'elle pouvait se prolonger pendant trois ans. Mais les observations nouvelles, que l'on a collectionnées depuis plus de vingt ans, ont conduit à étendre singulièrement la durée de cette affection. On a même publié les faits tendant à démontrer qu'elle pouvait se prolonger pendant dix, douze, quinze et même vingt ans ! En un mot, tous les auteurs admettent aujourd'hui que cette maladie peut avoir une durée beaucoup plus longue que celle qui lui avait été attribuée par les premiers observateurs.

Ce fait général ne s'explique pas seulement par la longueur plus grande des premières périodes de la maladie, qui ont été mieux étudiées depuis une vingtaine d'années, et qui avaient échappé à l'attention des premiers observateurs ; il s'explique surtout par la nature spéciale de certaines variétés de cette affection. M. Doutrebente, à la suite du Dr Morel, son maître (2), avait déjà mentionné ce fait général, que la paralysie générale, survenant chez des individus ayant des aliénés dans leur famille, avait une plus longue durée que celle qui se produisait chez des personnes non prédisposées à la folie. M. le Dr Camille Lionet (3) a repris cette opinion et il a cherché à démontrer qu'il existait un rapport étroit entre la pathogénie et les variétés de marche de la paralysie générale. Sans insister ici sur ce point spécial de l'histoire de cette maladie, je crois pouvoir poser en principe que les paralysies générales dont la durée est la plus longue sont celles qui sont liées à l'hérédité morbide, et qui surviennent chez des individus dont les

(1) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*. Thèse, Paris, 30 Mai 1853. — Voyez p. 56.
(2) Dr Doutrebente, *Thèse* de Paris.
(3) Dr Camille Lionet, *Thèse* de Paris, 1877.

ascendants ont été atteints de diverses formes de maladies mentales ou nerveuses.

Un second fait, ajouté également depuis vingt ans à l'histoire de la paralysie générale, est relatif aux *rémissions* très prononcées qui peuvent se produire pendant son cours. Autrefois tous les auteurs admettaient que cette maladie une fois commencée était régulièrement progressive, sans interruption, jusqu'à la mort. Aujourd'hui, par suite d'un grand nombre d'observations recueillies par les auteurs les plus différents, on sait qu'il peut survenir dans son cours des rémissions plus ou moins prolongées, et que ces rémissions ne constituent pas seulement une variation de degré dans l'intensité des divers symptômes, mais représentent des différences tellement considérables dans l'état général des malades qu'elles peuvent arriver jusqu'à simuler la guérison. M. Baillarger, par exemple, se basant sur l'existence de ces rémissions, en est arrivé à admettre que la paralysie générale était susceptible de guérison. Mais quelle que soit l'interprétation donnée à ces faits, l'existence de ces rémissions très notables et très prolongées est maintenant un fait démontré. Et ces rémissions, qui peuvent être de plusieurs mois, et même de quelques années, ont acquis par cela même une grande importance, surtout au point de vue médico-légal.

Un troisième élément s'est encore introduit dans la description de la paralysie générale depuis vingt ans. Il est relatif à l'existence du *délire mélancolique* dans cette maladie qui semblait, autrefois surtout, caractérisée par le délire expansif et par le délire ambitieux. Ce fait avait déjà été mentionné, dès l'origine, par Bayle et Calmeil, mais d'une manière tout à fait accessoire, et ces auteurs n'y avaient pas insisté, de même que leurs successeurs. C'est à M. Baillarger que revient l'honneur d'avoir attiré l'attention sur le délire mélancolique dans la paralysie générale. Non seulement il a établi (ce qui était déjà admis par quelques auteurs) que toute paralysie générale, de forme expansive, débute ordinairement par un stade mélancolique, ce qui est déjà un fait clinique important ; mais il y a ajouté cet autre fait plus important encore, que le délire mélancolique peut survenir à d'autres périodes de la maladie. Il ne consiste pas alors seulement dans des idées de ruine, d'empoisonnement ou de persécution, (comme dans d'autres états mélancoliques), mais dans des

conceptions délirantes spéciales, que M. Baillarger a appelées *hypocondriaques*, et que l'on peut caractériser, d'une manière encore plus précise, en disant qu'elles sont relatives aux transformations de la personnalité. Ces malades s'imaginent, par exemple, qu'ils sont morts, ou bien qu'ils sont transformés dans leur personnalité tout entière, ou dans quelques-unes des parties de leur corps ; ils croient n'avoir plus de bouche, n'avoir plus d'intestins, avoir une tête de bois ou une mâchoire de fer, des membres de plomb, etc. Ce fait clinique très remarquable, constaté d'abord par M. Baillarger, a été vérifié depuis par d'autres observateurs, et est aujourd'hui parfaitement établi. Ce délire mélancolique spécial peut se produire à divers intervalles dans le cours de la paralysie générale ; il alterne même quelquefois, chez le même malade, d'une manière plus ou moins régulière, avec le délire de satisfaction ou de grandeur.

Enfin, un quatrième élément a encore été introduit dans l'histoire de la paralysie générale, depuis une vingtaine d'années, par M. Baillarger : c'est celui de la *manie congestive*. On peut résumer ainsi ce fait d'observation. Lorsque la paralysie générale se présente sous la forme maniaque, avec excitation violente, idées de grandeurs multiples et contradictoires, désordre excessif des actes et léger embarras de la parole, cet état peut recevoir le nom de manie congestive. Eh bien, il arrive assez souvent qu'après six ou huit mois de durée environ, cette excessive agitation s'apaise et fait place à un retour presque complet à la raison. Des malades qui ont présenté tous les signes caractéristiques de la première période de la paralysie générale, reconnaissent qu'ils ont été dans le délire, abandonnent leurs conceptions délirantes et reprennent presque toutes les apparences de la raison ; la plupart d'entre eux restent, il est vrai, très abaissés intellectuellement, malgré la cessation du délire actif, mais quelques-uns peuvent reprendre en grande partie l'activité de leurs facultés intellectuelles.

C'est dans ces cas que M. Baillarger a admis la possibilité de la guérison de la paralysie générale. Il a été ainsi amené à diviser tous les cas de paralysie générale progressive en deux grandes catégories : l'une, la *manie congestive* susceptible de guérison, quoique se terminant souvent par la paralysie générale, et l'autre, la *démence*

paralytique, toujours incurable et marchant régulièrement et progressivement vers la démence de plus en plus prononcée et vers la mort.

Eh bien! on ne peut nier que ces quatre éléments nouveaux, introduits depuis vingt-cinq ans environ dans la description de la paralysie générale, ont singulièrement modifié l'histoire de cette maladie.

Voilà une affection que l'on considérait, à l'époque où elle a été découverte, comme ayant des caractères physiques et moraux toujours les mêmes et dont on avait basé la description sur une seule de ses formes, sur la forme la plus commune et la plus fréquente, la forme expansive, qui avait servi de type aux observateurs. On la représentait alors comme toujours et régulièrement progressive dans sa marche; comme n'étant jamais susceptible de rétrograder ni de guérir; comme marchant toujours à pas lents, mais fatalement et régulièrement de la monomanie à la manie, et de la manie à la démence, pour arriver enfin à la paralysie de plus en plus complète et généralisée et à la mort. Eh bien, cette maladie qu'on croyait autrefois si uniforme dans ses symptômes et dans sa marche, se trouve renfermer aujourd'hui, sous un même nom et dans une même unité morbide, des états pathologiques tellement différents, par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche, que l'on en arrive à se demander, non pas si cette unité morbide, constituée par nos devanciers, doit être détruite pour en faire des maladies différentes, mais s'il ne conviendrait pas d'admettre, dans cet espèce morbide, qui comprend des états symptomatiques si divers, des variétés distinctes, susceptibles d'une description particulière, tout en conservant les caractères généraux de l'espèce morbide elle-même?

Il me paraît donc intéressant de rechercher quelles sont les variétés cliniques que nous commençons à entrevoir dans l'histoire de la paralysie générale, sans toutefois les proclamer comme définitives, et d'en tenter ici une description très abrégée.

Comme première variété, nous devons mentionner d'abord la plus anciennement connue, la *paralysie générale progressive, dite sans délire*, telle qu'on l'observe dans les hôpitaux ordinaires.

Pendant plusieurs années ces malades, qui présentent tous les symptômes physiques de la paralysie générale progressive et incom-

plète, ne paraissent pas atteints de délire. Si leur intelligence a baissé de niveau, comme cela est habituel, cet abaissement intellectuel est difficile à constater, et les phénomènes paralytiques dominent seuls la scène. Ils sont même plus prononcés que chez les sujets que nous observons tous les jours dans les asiles d'aliénés : embarras de la parole, tremblement des membres, difficulté de la marche et de la préhension, inégalité de dilatation des pupilles, etc. Ces malades, qui vivent ordinairement plus longtemps que les autres, séjournent habituellement pendant plusieurs années dans les hôpitaux ordinaires, avant d'entrer dans les asiles d'aliénés ; souvent même ils n'y sont jamais admis. Ils n'arrivent à la démence qu'après une longue durée de la maladie, et diffèrent certainement, sous beaucoup de rapports, des paralytiques généraux que nous sommes habitués à observer dans les asiles d'aliénés, bien qu'ils offrent avec eux de nombreux points de contact, qui ont permis de les faire rentrer dans le cadre de la même unité morbide.

Il en est de même d'autres individus appartenant à la variété de la paralysie générale que nous appellerons *variété congestive*. Ces malades se rapprochent sans doute par plusieurs caractères communs des aliénés paralytiques de nos asiles, mais ils en diffèrent cependant sous plusieurs autres rapports. Ils ressemblent beaucoup plus aux malades atteints de congestions cérébrales successives ou de ramollissement du cerveau. Ils éprouvent, pendant plusieurs années, de petites congestions cérébrales, peu intenses et de courte durée, laissant à leur suite de l'embarras de la parole, quelques symptômes de paralysie incomplète et un affaiblissement de plus en plus prononcé de l'intelligence, mais sans délire bien caractérisé, et ils peuvent vivre ainsi pendant plusieurs années, en marchant lentement vers la démence simple, sans présenter les autres symptômes de la paralysie générale, tels que nous les observons dans nos asiles. Ces symptômes ne se produisent ordinairement que plus tard, et alors seulement ces malades entrent dans les asiles d'aliénés, et revêtent les caractères habituels de la démence paralytique.

Ils diffèrent donc, sous plusieurs rapports, surtout dans les premières périodes de leur affection, de ceux qui sont atteints de la forme commune ou expansive de la paralysie générale, et méritent

d'être décrits séparément, comme représentant une variété distincte de la maladie.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer aux individus atteints de la variété que j'appellerai *variété épileptique*. Ces malades éprouvent souvent, pendant plusieurs années, des attaques d'épilepsie, se produisant à intervalles assez éloignés, n'entraînant à leur suite que des troubles légers et passagers de l'intelligence, et tellement analogues aux attaques d'épilepsie ordinaire que les cliniciens les plus exercés s'y trompent, et regardent ces malades comme atteints d'épilepsie et non de paralysie générale. Tous les médecins spéciaux ont observé des cas de ce genre. Mais le Dr Billod a surtout appelé l'attention sur ces faits intéressants, et il a publié plusieurs observations de malades, considérés d'abord comme affectés d'épilepsie simple, et qui plus tard sont devenus de véritables paralytiques généraux.

Il existe du reste, dans la science, un cas remarquable sous ce rapport : c'est celui du comte Chorinski, devenu l'objet d'un procès célèbre en Allemagne et sur lequel le Dr Morel, de Saint-Yon (1), avait exprimé, devant les assises de Munich, une opinion, contredite alors par la plupart des médecins allemands, mais qui a été confirmée depuis par la marche de la maladie. Il l'avait considéré comme un aliéné atteint d'épilepsie larvée. Or l'observation ultérieure, ainsi que l'autopsie, ont démontré qu'après avoir présenté les symptômes de l'épilepsie larvée, ce malade a parcouru toutes les phases successives de la paralysie générale la mieux caractérisée, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en lisant le travail publié par le Dr Hagen sur ce malade, avec son observation détaillée depuis sa naissance jusqu'à sa mort.

Une nouvelle variété qu'il convient encore de signaler, dans la description de la paralysie générale, c'est la *variété mélancolique*.

Non seulement la mélancolie s'observe fréquemment comme premier stade de la maladie, dans la variété commune ou expansive de la paralysie générale, (ainsi que cela a été constaté par un grand nombre d'observateurs), mais l'état mélancolique se produit assez souvent dans le cours de la maladie. Il est même une catégorie de

(1) Morel, *le Procès Chorinski.*

malades qui présentent surtout cette forme du délire mélancolique, soit seul, soit alternant, à divers intervalles, avec le délire de satisfaction et de grandeur.

Nous avons déjà signalé les caractères spéciaux de ce délire mélancolique survenant dans le cours de la paralysie générale ou dans certaines variétés de cette maladie. Ce qu'il importe d'ajouter, pour compléter la description de cette variété mélancolique, c'est l'indication des caractères physiques concomitants.

Presque toujours, en effet, le délire mélancolique, dans la paralysie générale, coïncide avec des *lésions de la nutrition* et avec des périodes subaiguës de la maladie. Il semble alors que la méningite chronique, qui est la base anatomique de cette affection, prend momentanément une forme subaiguë qui se manifeste par l'état général de la santé. Ces malades maigrissent d'une façon rapide et arrivent ainsi à un état presque cachectique. Ils refusent alors souvent les aliments, non seulement à cause du délire mélancolique qui fait naître chez eux des idées d'empoisonnement, ou leur fait croire qu'ils n'ont pas de bouche, pas d'estomac ou bien qu'ils ont l'intestin bouché, mais surtout à cause de l'état général de la nutrition qui leur donne un dégoût absolu pour la nourriture, une répulsion invincible et instinctive pour les aliments, surtout pour la viande, absolument comme dans les périodes cachectiques de la diathèse cancéreuse ou du diabète.

Parmi les lésions des fonctions organiques qui existent également dans ces variétés mélancoliques de la paralysie générale avec troubles dans la nutrition, il faut encore noter l'*augmentation générale de la température du corps* qui est souvent élevée d'un degré au-dessus de l'état normal, avec un ralentissement très remarquable du pouls, comme dans la méningite des adultes ou des enfants, et une température plus élevée au sommet de la tête que dans les autres parties du corps.

J'ajouterai à cette description très abrégée des symptômes physiques de variétés ou de périodes mélancoliques de la paralysie générale, un fait important à noter : c'est l'augmentation très grande de la *quantité des urines*, une véritable polyurie sans sucre, mais souvent avec excès d'urée, ou azoturie. Ces symptômes, qui se lient à la période subaiguë ou cachectique de la paralysie générale et au

délire mélancolique, sont encore augmentés par le refus absolu des aliments qui oblige souvent à appliquer la sonde œsophagienne pendant plusieurs semaines ou pendant plusieurs mois. Quelques malades mêmes ne peuvent pas traverser cette période très grave de la maladie et meurent par suite du refus obstiné des aliments. Cependant, en général, après deux ou trois mois environ passés dans cet état de cachexie générale avec délire mélancolique et état subaigu de méningite chronique, ces paralytiques se relèvent progressivement ; ils reprennent peu à peu leurs forces et même leur embonpoint et tombent ordinairement ensuite dans un état de démence plus avancée que celle qui existait auparavant. Enfin, dans quelques cas rares, on a observé, à la suite de cet état physique et moral si grave, une période de rémission très prononcée, qui a pu simuler la guérison.

Pour terminer cette énumération rapide des principales variétés, aujourd'hui connues, de la paralysie générale, il faut encore dire un mot de celle à laquelle M. Baillarger a donné le nom de *manie congestive*. Certains malades, en effet, après avoir présenté pendant plusieurs mois les symptômes habituels de la forme commune ou expansive de la paralysie générale, avec état maniaque violent, délire de satisfaction et de grandeur, grand désordre des actes et embarras léger de la parole, arrivent peu à peu à un tel état de rémission ou d'amélioration et reprennent tellement les apparences de la raison, qu'ils semblent guéris de leur accès de manie et peuvent alors rentrer dans la famille ou dans la société, quelquefois même y reprendre la position qu'ils y occupaient auparavant. Depuis que M. Baillarger a attiré l'attention sur l'existence de ces faits cliniques, tous les médecins spécialistes ont pu en constater de semblables, et j'ai eu moi-même, encore tout récemment, l'occasion d'en observer un exemple très remarquable.

Dans ces cas, qui sont cliniquement incontestables, que penser de la nature de la maladie ? Sont-ce des exemples de manie congestive arrivée à la guérison, comme le pense M. Baillarger, ou bien ces faits ne représentent-ils qu'une première période de la forme maniaque ou expansive de la paralysie générale, suivie d'une longue période de rémission, simulant momentanément la guérison, mais devant se terminer fatalement, tôt ou tard, par le retour de la maladie primi-

tive? C'est là encore aujourd'hui l'opinion qui domine parmi les médecins spécialistes. Dans la plupart de ces cas, en effet, sinon dans tous, on voit se reproduire plus tard tous les symptômes habituels de la paralysie générale, aboutissant définitivement à ses dernières périodes et à la mort. Mais on ne peut pas nier que c'est là une variété spéciale dans la marche de la paralysie générale, qui mérite une mention particulière.

Je ne voudrais pas insister plus longuement sur la description des diverses variétés de la paralysie générale, qui mériteraient de devenir l'objet d'une étude plus attentive et plus détaillée.

Le but de cette communication a été d'attirer l'attention sur la phase nouvelle qui me paraît se produire aujourd'hui dans l'histoire de la paralysie générale. Après avoir traversé trois périodes successives très distinctes, l'histoire de cette maladie, l'une des plus grandes découvertes du siècle dans notre spécialité, me paraît aujourd'hui entrée dans une quatrième période. Il me semble bien évident, en effet, que malgré le vif désir que nous avons tous de conserver intact le dépôt de l'unité morbide de la paralysie générale tel qu'il nous a été confié par nos prédécesseurs, nous ne pourrons pas résister plus longtemps au courant qui nous entraîne, et nous serons obligés d'établir des groupes et des catégories spéciales au milieu de cette immense collection de faits que l'on réunit aujourd'hui sous le terme générique trop vague de paralysie générale des aliénés. Si nous n'arrivons pas, comme le propose le professeur Lasègue, à considérer, dès à présent, la paralysie générale comme un vaste groupe d'affections cérébrales, dans lequel il conviendrait d'établir plusieurs espèces morbides distinctes, au moins devons-nous proclamer que, dans l'individualité morbide appelée aujourd'hui *paralysie générale* et que nous conservons, avec les caractères communs qui lui ont été assignés par nos maîtres, il convient néanmoins d'établir des distinctions cliniques importantes. Il faut, en un mot, admettre des variétés dans l'espèce, si l'on ne consent pas à créer de nouvelles espèces morbides dans un genre plus étendu. C'est là, selon moi, le véritable progrès qui nous reste maintenant à accomplir pour perfectionner la description de cette maladie, telle qu'elle nous a été léguée par nos devanciers !

VIII

DE LA CATALEPSIE (1

— 1857 —

La catalepsie est une maladie peu connue, et dont l'histoire présente de nombreuses lacunes, parce qu'elle est très rare et que peu de médecins ont eu l'occasion de l'observer.

Les annales de la science contiennent, il est vrai, un assez grand nombre d'exemples de prétendue catalepsie ; mais ils n'ont pas tous un degré suffisant d'authenticité. Les auteurs qui les rapportent ont été souvent aveuglés par l'amour du merveilleux, et d'autres ont été trompés par des malades habiles à simuler un état qu'ils n'éprouvaient pas réellement. On ne saurait trop se tenir en garde, en effet, contre cette cause d'erreur, quand il s'agit de faits si singuliers, et si contraires à ce qu'on observe habituellement dans les autres maladies nerveuses. De plus, les faits de catalepsie étant très rares, le même médecin ne peut presque jamais contrôler sa propre observation, à l'aide de nouveaux faits qui lui permettraient de faire la part de la vérité et de l'erreur ; il lui devient ainsi difficile de distinguer ce qui est principal de ce qui est accessoire, ce qui constitue la règle de ce qui n'est qu'une exception, d'arriver, en un mot, à une description type de la maladie, basée sur les caractères communs et généraux et non sur quelques particularités individuelles. Aussi, dans la plupart des descriptions qu'ils ont faites de cette maladie, les auteurs se sont-ils plutôt laissé guider par les faits particuliers qu'ils avaient eux-mêmes observés, que par la comparaison des diverses observations consignées dans la science. Ces faits, rapportés par des auteurs placés à des points de vue différents, et souvent très incomplètement racontés, sont difficilement comparables et ne fournissent que d'une manière très imparfaite, les éléments d'une description scientifique de la maladie . Ils sont le plus souvent dis-

(1) Extrait des *Archives générales de médecine;* Paris, 1857.

parates, ne se ressemblent en quelque sorte que par un seul point, la raideur cataleptique, et diffèrent les uns des autres par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche. On se trouve ainsi en présence d'un symptôme et non d'une maladie. L'état cataleptique se produit, en effet, dans des conditions très diverses. On le voit fréquemment accompagner les attaques d'hystérie et figurer dans cette maladie à titre de complication ; il survient de temps en temps chez les aliénés, chez les maniaques, aussi bien que chez les mélancoliques. Tantôt il n'existe que d'une manière partielle dans un bras, une jambe, ou une autre partie du corps, tantôt au contraire il affecte à la fois tous les muscles, sous formes d'accès véritables, à marche franchement intermittente. Quelquefois temporaire et de très courte durée, la catalepsie est d'autres fois continue pendant plusieurs mois presque sans interruption. Elle peut exister avec ou sans perte de connaissance ; elle est quelquefois le symptôme précurseur d'une maladie plus grave, telle que l'apoplexie ou l'épilepsie, ainsi qu'il en existe des exemples dans la science ; enfin, elle est très souvent compliquée d'extase ou de somnambulisme, c'est-à-dire qu'au lieu d'être accompagnée de la suspension des facultés intellectuelles, elle coïncide avec une grande activité intérieure de ces facultés.

Dans cet état de choses, il est extrêmement difficile d'arriver à se faire une idée nette de ce qu'on doit entendre par le mot *catalepsie*, de se rendre compte du degré d'authenticité des faits rapportés sous ce nom et de contrôler l'exactitude des faits nouveaux qui se produisent, à l'aide d'une description type basée sur les faits déjà acquis à la science ; il est difficile, en un mot, de se prononcer sur la question de savoir si le phénomène caractéristique de la catalepsie, c'est-à-dire l'impossibilité pour le malade de mouvoir ses muscles, et la facilité qu'éprouve un étranger à les mettre en mouvement et à leur faire conserver la position qu'il leur imprime, si ce phénomène, dis-je, n'est qu'un symptôme, survenant, à titre de complication, dans des maladies diverses, ou s'il doit au contraire continuer à servir de base à une véritable unité morbide.

Dans cet état d'incertitude de la science, à l'égard de la catalepsie, il importe de recueillir les faits nouveaux observés avec soin dans les divers pays, de les analyser avec de suffisants détails, pour qu'ils puissent être exactement appréciés, de faire ressortir leurs analogies

et leurs différences, et de chercher à tirer de cet examen comparatif quelques éléments pour éclairer l'histoire d'une maladie si peu connue, dont les exemples sont si peu nombreux, et qui a été si rarement observée avec un degré suffisant d'attention.

Dans ce but, il nous a paru intéressant de rapporter deux faits publiés, l'un en France et l'autre en Allemagne, et qui ont été observés pendant très longtemps avec une scrupuleuse exactitude ; nous ferons suivre l'analyse détaillée que nous donnons de ces deux faits, de quelques réflexions qui ressortent immédiatement de leur étude et de leur comparaison avec les faits anciennement connus. L'un est emprunté à M. le Dr Puel, et l'autre au professeur Skoda.

I. Observations.

Voici ces deux observations, que nous publions dans tous leurs détails, dans la crainte de n'en pas donner, par une analyse trop abrégée, une idée assez exacte.

Observation de catalepsie, recueillie par M. le Dr Puel (1).

Mme D..., quarante-cinq ans, a reçu une éducation distinguée. Les premiers symptômes de sa maladie remontent à vingt ans. Née en 1810, bien portante, elle fut réglée à seize ans, en 1820. Vers dix-huit ans (1828), les règles se supprimèrent à la suite d'une frayeur. A partir de ce moment, il y eut une grande irrégularité dans les périodes menstruelles. Mariée à vingt-deux ans, elle eut d'abord une fausse couche, puis un second enfant qui mourut après dix mois. C'est pendant cette seconde grossesse qu'on vit apparaître, pour la première fois, la *douleur vive et permanente de la région de l'estomac*, que l'on retrouve ensuite dans toutes ses maladies subséquentes, qui est le caractère dominant de l'affection actuelle et le point de départ de tous les phénomènes nerveux. Pendant la digestion, douleurs vives à la région de l'estomac, vomissements, spasmes nerveux avec sentiment de boule hystérique, enfin perte de connaissance tous les jours, après le repas du soir.

(1) Puel, *De la catalepsie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1856; tome XX. p. 441.)

Cet état persista jusqu'au huitième mois de la grossesse. Hémorragie utérine grave après l'accouchement ; anémie, séjour de deux mois au lit, enfin retour des accidents hystériques et de la douleur épigastrique ; un seul évanouissement par jour, au lieu de deux. Après ces deux grossesses, nouvelles fausses couches, et enfin naissance d'une fille qui vit encore : en résumé, en moins de cinq ans, quatre fausses couches et deux accouchements à terme.

Depuis sa seconde grossesse, M^me^ D... a souffert presque sans interruption. Les symptômes de gastralgie prédominent dans toutes les indispositions ultérieures et persistent, avec une certaine intensité, dans les intervalles des diverses affections. De 1835 à 1852, M^me^ D... éprouve un grand nombre de maladies variées, pour lesquelles elle est soumise aux traitements les plus contraires : elle éprouve souvent des vomissements, des contractions douloureuses de l'estomac et des convulsions hystériques avec perte de connaissance, douleurs d'estomac, toux hystérique, etc., etc.

Le 3 septembre 1852, M. Puel la vit pour la première fois. Elle éprouvait une douleur très vive au creux de l'estomac et dans le dos, et une toux sèche et fréquente. Il fut forcé de rattacher la toux à la gastralgie, parce qu'il ne découvrit aucun signe grave par l'examen de la poitrine. La toux diminua, mais les douleurs d'estomac devinrent intolérables; elles augmentaient par la présence des aliments. Les moyens employés furent sans succès, comme tous ceux mis en usage antérieurement par d'autres médecins. Tous les soirs, entre quatre ou cinq heures, redoublement dans les symptômes ; douleurs plus vives ; raideur dans les mouvements et particulièrement dans ceux du cou : ce malaise persistait plusieurs heures et ne se dissipait souvent qu'au milieu de la nuit. Un jour, vers cinq heures, les douleurs furent si intolérables que la malade s'évanouit pendant une demi-heure. M. Puel ne fut pas témoin de ce premier accès, et jugea que c'était un accès d'hystérie, comme ceux d'autrefois. Le lendemain, nouvel accès avec perte de connaissance plus longue : pendant cet accès, la malade est raide et immobile, pas de convulsions cloniques. Dès qu'on la touche, même légèrement, *les muscles se contractent avec plus de violence ;* elle souffre évidemment de ce contact. Les mâchoires, fortement contractées, pressent les dents les unes contre les autres : de temps en temps, grincements de dents et

cris étouffés ; les grincements et les cris augmentent par le moindre bruit entendu. Vu la périodicité, le sulfate de quinine fut administré; mais les accidents s'aggravèrent, au lieu de diminuer. On employa le valérianate de zinc, mais l'intensité croissante des accès et leur incontestable périodicité firent employer le valérianate de quinine. Augmentation notable des douleurs d'estomac ; faiblesse et dépérissement inouïs. Depuis six semaines, la malade ne s'était pas levée, ne prenait presque pas d'aliments : dès lors, plus de médicaments et pure surveillance du régime alimentaire jusqu'à la fin de décembre 1852, époque où la malade commençait à prendre des forces et allait mieux.

C'est pendant ce temps (d'octobre à décembre) que M. Puel arriva à reconnaître que les accès de M^me^ D... constituaient de véritables accès de catalepsie.

Vers le milieu d'octobre, la douleur épigastrique, symptôme principal de la maladie, est à peu près permanente ; faible le matin, elle augmente pendant la digestion, et atteint son maximum d'intensité dans la soirée ; vers quatre ou cinq heures, la région de l'estomac est tellement sensible que le moindre bruit extérieur y retentit douloureusement ; bientôt après, les muscles du cou se raidissent, la tête s'incline sur l'épaule gauche, celle-ci se relève fortement, et le bras du même côté se rapproche du corps; on voit ensuite se contracter successivement les masséters, les muscles du tronc et des membres, enfin les orbiculaires des paupières ; au bout de quelques heures, tous les muscles du corps sont dans un état complet de raideur, et la violence des douleurs s'accroît en raison du nombre des muscles contractés ; en même temps, les idées s'obscurcissent de plus en plus, la vue se trouble, les paupières se contractent involontairement, et la malade éprouve une grande difficulté à les tenir écartées ; enfin les paupières se ferment, pour ne plus se rouvrir. C'est alors que la malade perd connaissance.

En résumé, on doit remarquer que :

1° Les contractions musculaires ont lieu successivement et toujours dans l'ordre indiqué ;

2° Les muscles qui se contractent les premiers sont ceux qui, de même que l'estomac, reçoivent des filets nerveux de la huitième paire ;

3° C'est toujours à gauche, du côté de la grande courbure de l'estomac, où se trouvent les principaux nerfs, que débute la série des contractions musculaires.

A la fin d'octobre, les accès étaient très violents et présentaient une régularité remarquable; la malade perdait connaissance à sept heures précises et ne revenait à elle que vers dix heures ; mais, malgré le retour de l'intelligence, les contractions musculaires persistaient et ne se dissipaient complètement que vers la fin de la nuit.

Une chose surtout mérite d'être remarquée pendant ces accès, c'est l'extrême sensibilité de la malade pour tout bruit et tout contact extérieur ; le son le plus léger lui faisait éprouver une sorte de secousse électrique ; les muscles se contractaient avec plus de violence lorsqu'on la touchait, même légèrement, et, si ce contact était prolongé, des cris étouffés s'échappaient de sa poitrine, en même temps qu'elle faisait des mouvements de déplacement comme pour fuir une impression pénible ; cette répulsion se manifestait indistinctement pour toutes les personnes qui entouraient la malade.

Comme il était impossible d'éloigner d'elle toutes les causes de bruit extérieur, elle finissait presque toujours par changer de position dans son lit ; on était souvent fort embarrassé pour la préserver d'une chute; ses souffrances étaient si évidemment augmentées par le contact qu'on hésitait à s'approcher d'elle ; néanmoins, quelquefois on y était bien obligé, et, dans les premiers temps, ce contact la faisait souffrir considérablement ; cependant, il sembla que la sensation devenait chaque jour moins désagréable ; enfin, le médecin reconnut qu'elle supportait sa main lorsqu'il persistait, malgré ses cris, à la laisser sur la sienne. Dès qu'il put toucher la malade sans déterminer aucun mouvement de répulsion, il lui fut aisé de constater qu'elle était en état de catalepsie.

Il plaça les bras, les jambes, la tête et le tronc, dans les attitudes les plus anormales et les plus difficiles à maintenir, et le corps conserva indéfiniment la dernière position déterminée ; en un mot, il fut possible de faire passer chaque membre, et même chaque muscle, par tous les dégrés intermédiaires, depuis l'extension la plus prononcée jusqu'à la contraction la plus énergique. C'est alors que progressivement M. Puel fut amené à découvrir un moyen de sou-

lager la malade pendant ses attaques. Un soir la malade était sans connaissance ; il tenait la main gauche dans la sienne et faisait avec la main droite de légères frictions le long du bras, lorsque tout à coup il sentit la main s'entr'ouvrir et les doigts s'allonger par un mouvement lent et régulier; il redoubla les frictions, et en quelques minutes il eut la satisfaction de rendre au bras une souplesse telle qu'après avoir été soulevé il retomba sur le lit comme un corps inerte. Il crut avoir amené la fin de l'attaque, mais la malade était toujours sans connaissance, et tous les muscles du corps, excepté ceux du bras gauche, étaient restés dans la contraction.

Il s'empressa de faire des frictions analogues sur le bras droit, les jambes, le cou, le tronc, et obtint le relâchement complet des muscles ; enfin il toucha légèrement les paupières pour faire cesser les contractions des orbiculaires, et la malade, jusque-là privée du sentiment, ouvrit les yeux et recouvra instantanément connaissance.

Ce résultat merveilleux et inattendu pouvait paraître fortuit ; mais, le lendemain et les jours suivants, il obtint également, avec la plus grande facilité, le relâchement complet des muscles, et le retour de l'intelligence et du sentiment. Pour donner plus d'authenticité à un fait aussi surprenant, il le fit constater, à plusieurs reprises, par d'honorables praticiens de Paris dont il cite les noms.

A partir de ce moment, M. Puel varia ses expériences de mille façons, de manière à constater de nouveaux faits intéressants et de manière à arriver à la guérison complète de la malade. Voici, en résumé, les résultats les plus remarquables auxquels il est arrivé :

1° Ce n'est qu'après avoir opéré le relâchement des autres muscles du corps qu'il touche les paupières pour faire recouvrer connaissance à la malade et mettre fin à l'accès ; mais il peut également relâcher les muscles des paupières, sans faire cesser les contractions des autres muscles, restituer ainsi à la malade la plénitude de son intelligence, sans lui rendre la liberté de ses mouvements, ce qui lui permet d'être témoin de sa propre attaque de catalepsie. Chez la plupart des malades, la perte de connaissance survient en même temps que l'immobilité générale. Chez M^me^ D..., les contractions musculaires se développent successivement, précèdent toujours la perte du sentiment, et persistent quelquefois après que l'on a fait recouvrer connaissance à la malade. « Ces faits démontrent, dit-il,

que le principe, quel qu'il soit, qui produit la contraction musculaire, est indépendant de celui qui préside aux fonctions sensoriales et intellectuelles. »

2° On peut opérer le relâchement partiel d'un membre, tous les autres muscles restant contractés. Ce qui a été fait le premier jour pour le bras gauche a eu lieu les jours suivants pour le bras droit et pour l'une des jambes. M. Puel a pu détruire la contraction de l'avant-bras en maintenant celle du bras, mettre la main dans le relâchement sans détruire la roideur du coude, rendre à un seul doigt de la main toute sa souplesse, les autres restant fortement contractés. Il en a été de même pour les subdivisions du membre inférieur et pour tous les muscles du corps accessibles au contact extérieur. Ces faits sont en accord parfait avec la proposition inverse, démontrée par Duchenne de Boulogne, à savoir : la possibilité de produire la contraction isolée de chaque muscle du corps humain.

3° Des frictions faites dans le creux de l'aisselle, derrière le tendon du grand pectoral et près de la tête de l'humérus, suffisent pour amener en quelques minutes le relâchement du bras tout entier ; on obtient un résultat semblable pour le membre inférieur, en frictionnant la partie supérieure de la cuisse, entre les muscles pectiné et couturier.

4° Lorsqu'on laisse la main immobile sur un point quelconque du ventre, notamment au creux de l'estomac ou dans la région de l'utérus, on provoque une vive douleur ; sur tous les autres points du corps, la main peut rester appliquée sans produire aucune sensation pénible, tandis que les frictions ordinaires, faites dans le but de combattre la contraction des muscles, sont réellement douloureuses. Ajoutons que les frictions longitudinales, opérées de haut en bas et dans la direction des fibres musculaires, ont paru les plus efficaces.

Traitement. Le traitement fut très long, très difficile, et dura près de trois ans. Une fois en possession d'un moyen de faire cesser les contractions musculaires et de faire revenir la connaissance, M. Puel songea à rompre la périodicité des attaques, et voici comment il s'y prit : Les accès, abandonnés à eux-mêmes, étaient d'une régularité désespérante ; vers sept heures précises, tous les soirs, la malade perdait connaissance, ne se réveillait ordinairement que de

dix heures à minuit, et ne recouvrait la liberté complète des mouvements qu'à l'approche du jour. Aussitôt que la malade avait perdu connaissance, le Dr Puel procédait successivement au relâchement des muscles, et, vers huit heures environ, touchait les paupières pour faire recouvrer connaissance à la malade ; mais vers dix heures, une nouvelle perte de connaissance survenait. La malade avait ainsi deux accès, au lieu d'un, mais les deux réunis étaient moins forts que l'accès unique qu'elle avait précédemment. Il lui vint alors l'idée de retarder l'heure du premier accès, en combattant la roideur musculaire avant la perte de connaissance, et gagnant ainsi un quart d'heure tous les jours ; il finit par faire coïncider l'heure du premier accès avec celle du second, c'est-à-dire qu'il arriva à n'avoir qu'une seule perte de connaissance à dix heures du soir.

En continuant à agir ainsi tous les jours, il remarqua que les accès diminuaient d'intensité et même de durée ; un jour enfin, il fut assez heureux pour supprimer complètement l'accès. Il reparut les jours suivants ; mais, plus tard, il supprima, par le même moyen, deux accès consécutifs, puis trois, puis quatre, puis cinq. Malheureusement des circonstances indépendantes de sa volonté, jointes à la fatigue que lui faisaient éprouver à lui-même des visites quotidiennes aussi prolongées, le forcèrent d'interrompre ce mode de traitement et d'avoir recours à d'autres moyens. La première modification qu'il fit subir à sa méthode consista à remplacer les frictions générales, faites sur tout le corps, par des frictions partielles, au creux de l'aisselle, pour produire le relâchement des bras et à la région inguinale pour les membres inférieurs ; mais il fallait faire ensuite des frictions sur les autres parties du corps, et cela demandait toujours beaucoup de temps et de fatigue. Il eut recours alors à la belladone, à la dose de 1 à 2 centigrammes en solution, qui en facilitant le relâchement musculaire, lui fut très utile pour retarder l'heure des accès et contribuer à leur fusion, lorsqu'il y en avait deux par jour. Mais l'emploi de ce médicament ayant déterminé une action directe sur le cerveau, caractérisée par de la céphalalgie et une dilatation extrême de la pupille, il se vit forcé d'en suspendre l'usage et, chaque fois qu'il y renonçait, il voyait les accès redoubler de longueur et d'intensité, M. Puel eut alors recours, pendant plusieurs mois, à l'usage de douches descendantes, à 25 ou 26 degrés,

dirigées sur la tête, la colonne vertébrale et le creux de l'estomac. Ces douches, administrées dans la journée, eurent pour effet immédiat la production artificielle d'un accès de catalepsie, qui vint s'ajouter à celui ou à ceux du soir ; mais ces accès, d'abord intenses, finirent par devenir moins violents et fort courts; en même temps, ceux du soir perdaient de leur intensité. Dans les premiers jours, à l'accès de catalepsie succédait du délire, qui alternait avec la roideur cataleptique des membres; mais, au bout de peu de temps, M. Puel s'aperçut que ce délire survenait seulement lorsqu'il voulait faire cesser trop tôt l'état cataleptique; il se décida alors à laisser reposer la malade dans l'état cataleptique pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure après la douche ; il diminua ensuite, petit à petit, la longueur de cet intervalle et parvint ainsi à pouvoir éveiller la malade presque immédiatement après la douche, sans avoir à redouter le retour du délire. Ce traitement, continué avec persévérance, avait considérablement amélioré l'état de M^me^ D..., mais, pour des raisons étrangères à l'état maladif, M. Puel fut encore obligé de l'interrompre ; il employa alors des compresses d'eau froide appliquées autour du cou et renouvelées à peu près toutes les dix minutes pendant une heure. Il n'eut qu'à se louer de l'emploi de ce moyen simple et facile pour combattre la roideur musculaire ; dès l'application de la seconde compresse, on voyait les muscles des extrémités se relâcher, les autres muscles perdaient leur roideur cataleptique, jusqu'à ce qu'enfin le cou, qui était la partie la plus difficile à dégager, fût entièrement libre, ce qui arrivait au bout d'une heure environ. En venant tous les soirs à l'heure de l'accès, le médecin se contentait d'éveiller la malade, sans avoir à faire aucune friction sur les diverses parties du corps; la malade appliquait alors elle-même les compresses, et la roideur musculaire disparaissait ainsi successivement.

En résumé, en combinant ces divers moyens curatifs : frictions manuelles sur le trajet des muscles, belladone à l'intérieur, douches et compresses d'eau froide à l'extérieur, M. Puel est parvenu, d'abord à rompre la périodicité des accès, puis à diminuer leur intensité et leur durée ; enfin, après trois ans de traitement, il a eu la satisfaction de les voir cesser complètement, et il croit pouvoir affirmer que M^me^ D... est maintenant radicalement guérie de sa catalepsie.

Histoire d'une catalepsie ayant duré pendant plusieurs mois, par le professeur J. Skoda (1).

Juliana Neuman, quinze ans, née en Hongrie, Israélite, avait été gâtée par ses parents, était capricieuse, volontaire et fière ; son occupation principale consistait dans la lecture des romans. Son père avait eu, pendant longtemps, un écoulement d'oreille et est mort avec des accès tétaniques, causés probablement par une carie du rocher. Sa mère et ses sœurs sont bien portantes; sa mère et une sœur de son père sont atteintes de surdité. Chez elle-même, on observa, dès l'âge de cinq ans, une légère dureté de l'ouïe qui augmenta avec les années, malgré les moyens employés et sans aucun état maladif appréciable à l'extérieur. Conformément au pronostic d'un médecin, on s'attendait à une amélioration de l'ouïe, lors de l'apparition de la menstruation. Celle-ci parut, pour la première fois, en mars 1851, vers la quinzième année de la malade, et se montra ensuite régulièrement les mois suivants, mais la dureté de l'ouïe ne diminua pas.

La malade fut alors conduite à Vienne, au mois d'août 1851, et soumise au traitement magnétique du Dr Schoder, qui employa des insufflations dans l'oreille et des frictions sur les mâchoires et sur les tempes. Elle se soumit à ce traitement avec répugnance. Au bout de quelques jours, elle parut très triste; ceux qui l'entouraient la crurent même aliénée, puisqu'à plusieurs reprises elle s'accusait de fautes qu'elle n'avait pas commises. A partir du 25 août, c'est-à-dire après un traitement de trois semaines, elle parut plongée dans une profonde mélancolie ou plutôt dans une sorte d'absence de conscience : elle restait immobile pendant des heures entières, ne prenait aucune nourriture, n'adressait la parole à personne, ne répondait à aucune question et passait les nuits sans sommeil. Transportée encore une fois malgré elle chez le Dr Schoder, elle répondit d'une manière compréhensible à ses questions. Il attribua sa conduite à la frayeur et à la nostalgie, et conseilla le retour à son pays natal.

Ce voyage fut entrepris le 3 septembre et dura deux jours, pendant lesquels la malade ne prononça aucune parole et resta dans

(1) Skoda, *Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aertzte zu Wien*, 8e année, IIe vol.; Vienne, 1852, p. 401.

l'immobilité la plus absolue. A quelques lieues de son village, elle descendit de la voiture et marcha à pied pendant quelque temps. Arrivée chez elle, elle proféra à l'aspect de sa mère, un seul mot : *ma mère!* fondit en larmes, puis retomba bientôt dans son immobilité antérieure, ne put se tenir debout, et on fut obligé de la mettre au lit.

Le médecin appelé constata déjà les symptômes caractéristiques de la catalepsie, c'est-à-dire que la malade conservait, pendant longtemps, la position dans laquelle on la plaçait. — Applications froides sur la tête, vésicatoires, emploi de purgatifs qui provoquent deux selles, et du tartre stibié qui détermine plusieurs vomissements.

Sous l'influence de ce traitement, la malade s'améliora en ce sens qu'elle prit la nourriture qui lui était offerte, mais resta sans sommeil et ne proféra aucune parole.

Le 8, l'extrait de belladone, à la dose de 1 seizième de grain, matin et soir, ramena le sommeil. Le 9, la malade ne répond que par un léger murmure aux manifestations affectueuses de sa tante, qui l'aimait tendrement. Le 10, la figure est animée et gracieuse. Le 11, elle commença à parler, et quelques jours après elle parut complètement guérie.

Elle prétendit alors qu'à Vienne elle avait été ensorcelée. On ne put apprendre d'elle rien de plus précis, car elle était toujours excitée par les questions relatives à son état. Elle ne pouvait pas entendre prononcer le nom du Dr Schoder. Il est probable qu'elle ne savait pas grand'chose sur sa maladie, car elle ne se rappelait même pas comment elle était revenue de Vienne.

Le médecin ne crut pas à une guérison complète, et en effet, le 1er octobre 1851, la maladie reparut et avec un nouveau degré d'intensité. Le 30 septembre, elle était encore très gaie. Dans la nuit du 1er octobre, elle poussa tout à coup un cri de terreur, et à dater de ce moment, elle resta de nouveau sans mouvement avec la bouche et les yeux ouverts ; pendant quarante-huit heures, il ne survint aucun sommeil et elle gardait dans sa main la nourriture qu'on lui offrait, sans même y jeter un regard. Le 3 octobre, le sommeil revint et amena une amélioration dans l'état général. Le 14, elle lut, d'une voix faible, les mots qu'on écrivait devant elle, et se leva sur son

séant dans son lit. Dans l'après-midi, survint une nouvelle aggravation ; les deux nuits suivantes furent sans sommeil. Elle repoussa la nourriture et les médicaments qui lui étaient offerts, et elle manifesta, par divers mouvements, le besoin d'aller à la selle et de rendre des urines.

On employa plusieurs fois le tartre stibié, qui provoqua des vomissements, puis l'arnica. On appliqua trois fois une douche froide sur la tête, et le 22 octobre un vésicatoire sur la poitrine. La douche froide ne produisit que la première fois un tremblement chez la malade ; les autres fois, elle ne parut pas le sentir. Le 22 au soir, elle se mit sur son séant dans son lit, frotta la plaie produite par le vésicatoire, et poussa quelques sons inarticulés.

Depuis cette époque, il survint, il est vrai, tous les soirs, quelques mouvements et dans la nuit du sommeil, mais il ne se manifesta aucune autre amélioration. La malade fut de nouveau envoyée à Vienne, et admise à la clinique le 29 octobre.

Cette jeune fille, délicate mais régulièrement constituée, était couchée sans mouvement dans son lit ; les yeux ouverts, immobiles, dirigés en avant, larmoyants ; la pupille dilatée, la conjonctive injectée, et présentait de temps en temps un tremblement appréciable des paupières. La figure non grimacée était sans expression, un peu enflée, habituellement pâle, avec rougeur passagère du front et des joues ; la bouche fermée laissait écouler une salive fétide. L'examen des autres organes ne fit découvrir rien de maladif. Le pouls était à 84, petit; il y avait douze respirations par minute, à peine appréciables ; la peau de tout le corps, principalement des pieds, était fraîche. A l'exception des sterno-mastoïdiens, fortement tendus , tous les muscles étaient mous et dans le relâchement. La malade restait debout, assise ou couchée, dans toutes les positions qu'on lui donnait ; la tête seule, à cause de la tension des sterno-mastoïdiens, ne pouvait être remuée à volonté. Dans le lit, le tronc conservait toutes les positions, depuis l'angle droit, jusqu'à une inclinaison de 10° ou 12° pendant un certain temps, sans qu'aucun tremblement ou aucun effort fût manifeste. Il en était de même de l'extension du bras, avec extension ou flexion simultanée de l'avant-bras que la malade fût assise, levée ou couchée.

Le même phénomène se manifestait aux extrémités inférieures,

mais à un moindre degré qu'au tronc et aux mains, et certaines positions peu habituelles des membres inférieurs, par exemple une torsion très forte en dehors ou en dedans, n'étaient pas conservées. Dans les différentes positions qu'on imprimait à la malade, *il n'y avait de contractés que les muscles dont l'action était nécessaire pour maintenir la position donnée ; tous les autres muscles étaient complètement relâchés.* Lorsqu'une position avait été maintenue pendant plus ou moins longtemps, elle ne se transformait pas subitement, mais au contraire très lentement, en une autre position plus conforme aux lois de la pesanteur. Le tronc placé obliquement, le bras élevé fortement en haut, ne s'abaissaient que très lentement, et après le changement de position, de nouveaux muscles entraient en action.

La malade pouvait être chatouillée, pincée, piquée, dans toutes les parties du corps, sans qu'il en résultât aucun mouvement. En dirigeant brusquement le doigt ou la pointe d'un couteau vers le globe de l'œil ouvert, on ne déterminait aucun mouvement dans l'œil ni dans les paupières; mais, si l'on touchait les cils, on provoquait un tremblement des paupières; le même résultat était obtenu en approchant rapidement de l'œil la flamme d'une bougie.

Si l'on excitait la muqueuse nasale à l'aide de la barbe d'une plume, ou avec des substances à odeurs fortes, telles que l'ammoniaque, on ne déterminait que quelques légers mouvements dans les orteils. Pendant ces expériences, il se manifestait bientôt de la rougeur des joues et du front, les yeux se remplissaient de larmes, le pouls était accéléré et la température du corps élevée.

L'observation des jours suivants fit constater une différence incontestable entre l'état de la veille et l'état de sommeil de la malade.

A sept heures du soir, la malade, qui était restée tout le jour sur le dos, les yeux fixes et ouverts, et tout à fait sans mouvements, se retournait sur le côté gauche, fermait les yeux, et sa respiration devenait plus facile à entendre. Le matin, après avoir ouvert les yeux, elle se retournait elle-même sur le dos ou bien on lui aidait à prendre cette position lorsqu'elle négligeait de le faire elle-même. *Pendant le sommeil, le bras soulevé conservait également la position qui lui était donnée.*

La malade ne prenait pas autre chose que de l'eau et du café au

lait très faible. Ces liquides lui étaient introduits en petite quantité, après lui avoir ouvert la bouche, tantôt avec une certaine force, et étaient avalés par la malade à l'aide de mouvements de déglutition à peine sensibles, principalement par la projection de la langue en arrière. Si l'on voulait introduire d'autres aliments que ces liquides, par exemple de la soupe et du lait pur, la malade appliquait la langue contre ses dents, et le liquide introduit s'écoulait hors de la bouche. Si l'on insistait pour le faire pénétrer plus profondément dans la cavité buccale, il en résultait un accès de toux ou de vomissement. On essaya plusieurs liquides d'un goût agréable; mais, à l'exception d'un peu de limonade qu'elle avala une fois, elle repoussait tout le reste, ce qui prouve que cette malade conservait la sensation du goût, et par conséquent un certain degré de conscience. L'eau et le café ne pouvaient pas être introduits à toute heure. En général, la malade n'était en état d'avaler que le matin et le soir.

Le 2 novembre, au soir, elle s'assit elle-même dans son lit, saisit un verre d'eau et le but. La quantité de café avalée par jour était de 6 à 10 onces; la quantité d'eau, à peu près la même. L'urine expulsée s'élevait de 6 à 14 onces; elle était foncée, limpide, avait une pesanteur spécifique de 1033, et laissait déposer lentement des cristaux d'acide urique. Les selles étaient à l'état normal. Dans les premiers temps, les évacuations alvines n'avaient pas lieu ; la menstruation avait cessé au mois d'août, et depuis ce temps n'avait pas reparu. Le poids total du corps de la malade était, au 30 octobre, de 55 livres.

Après avoir employé, dans les premiers jours, l'électricité à plusieurs reprises et sans succès, le 5, je fis mettre, pendant dix minutes, la malade dans un bain à 25° Réaumur ; une heure après le bain, elle devint livide, tout le corps se refroidit, et les extrémités inférieures étaient tendues et roides. On fut obligé d'appliquer autour d'elle des bouteilles d'eau chaude, et ce n'est que quarante-huit heures après, que la température du corps s'éleva de nouveau au degré où elle était avant le bain, et que disparurent la lividité du corps et la tension des muscles. Le refus de la malade d'avaler autre chose que de l'eau et du café m'empêcha d'introduire des médicaments par la bouche; il me parut plus convenable d'avoir recours aux lavements.

Je choisis le café noir comme excitant du cerveau ; à dater du 7 on en administra tous les jours 6 onces en lavement ; les jours suivants, la malade parut mieux, l'écoulement de salive était moindre, l'injection de la conjonctive avait diminué. Lorsqu'il fut démontré que le café ainsi administré était absorbé, on y ajouta 6 onces de bouillon de bœuf et un œuf en lavement.

Le 11, survient pour la première fois, depuis l'entrée de la malade, une selle normale. Le 16, la malade fut pesée de nouveau ; elle pesait 53 livres. On observa alors qu'elle pouvait se tenir droite sur ses jambes, mais qu'elle ne pouvait maintenir l'équilibre et qu'elle serait tombée si on ne l'avait pas soutenue. Le 17, seconde évacuation alvine. Le 16 on avait observé une nouvelle diminution de la température du corps. Le 17, on fut obligé d'avoirs recours à des bouteilles d'eau chaude, et le pouls descendit à 66°. Le 18, comme la température et la fréquence du pouls ne s'élevaient pas, on administra, indépendamment du café noir, du lait, du bouillon, et de la quinoïdine en lavement. Vers le soir, le café pris par la bouche fut vomi. Le 19, la malade dormit beaucoup pendant le jour, on fut obligé de la réchauffer artificiellement; elle ne prit aucune nourriture ; on lui administra, indépendamment du café noir, du lait, du bouillon de bœuf, de la quinoïdine en lavement.

Le soir, le sommeil ne vint pas; la malade éprouva un tremblement de tout le corps, et les extrémités inférieures devinrent roides ; vers quatre heures du matin, le tremblement et la tension des muscles cessèrent, avec des évacuations alvines et urinaires. Le 20, à huit heures du matin, le sommeil survint; la température du corps s'améliora, on constata un tremblement des paupières et des muscles de la face, et un changement fréquent de coloration de la face se manifesta pendant plusieurs heures; le pouls monta à 84.

La nuit du 20 au 21 fut sans sommeil, le pouls monta à 88; les pieds devinrent roides; de temps en temps, on fut encore obligé de réchauffer artificiellement la malade. On supprima la quinoïdine, qui, sans être cause des accidents, n'avait produit aucun bien, et le café fut remplacé par le thé russe, en lavement; la malade ne prit aucune nourriture par la bouche. Dans la nuit du 21 au 22, sommeil interrompu, la tension des extrémités cesse. Le 22, le pouls est à 60. Le 23, la malade prit 10 onces de café au lait, le pouls flotta entre

60 et 72. Dans la nuit du 24, le sommeil fut paisible. Malgré son long séjour au lit et l'immobilité, pas d'eschares au sacrum.

Malgré la dureté de l'ouïe de la malade, on crut à la possibilité de l'influencer par la musique; mais, mise auprès d'un piano sur lequel on jouait des airs variés, elle ne fit pas le moindre mouvement de nature à faire croire qu'elle entendît la musique. A l'occasion de cette expérience, on constata que la malade pouvait se tenir debout, et que soutenue et poussée en avant, elle pouvait faire quelques pas. A partir de ce jour, on la fit lever et promener dans la salle: à l'exception des pieds, qui faisaient les mouvements de la marche, toutes les autres parties du corps étaient sans mouvements. Les premiers jours, elle ne pouvait rester debout que quelques minutes: au bout de quelque temps, elle fut promenée autour de la salle et mise ensuite dans un fauteuil. Malgré cette amélioration, l'urine était toujours rendue dans le lit. Du 13 au 27 décembre, l'amélioration continua lentement; on administra tous les jours un bain de pieds chaud pour rappeler la menstruation, et le 27, on appliqua dans le même but, pendant vingt minutes, un appareil hémospasique sur l'extrémité inférieure droite. Le pouls monta, vers la fin de l'opération, à 140; la face devint d'une pâleur cadavérique, la température baissa. Il se produisit des mouvements spasmodiques dans tout le corps, et la malade, couchée sur le dos, se retourna brusquement sur le côté gauche; on s'empressa d'enlever l'appareil, et au bout de quelques heures la température du corps était rétablie. L'amélioration progressive continua dans la première quinzaine de janvier. Le figure commença à prendre de l'expression; la malade fixait les objets avec les yeux, mais la bouche restait toujours fermée; on était obligé de l'ouvrir pour y introduire les aliments; l'excrétion d'une salive fétide continuait.

A dater du 20 janvier 1852, la malade ne conservait plus la position qui lui était donnée; le bras, élevé et abandonné à lui-même, retombait brusquement; la nourriture de la malade augmenta; l'urine était encore rendue involontairement pendant le sommeil.

A partir du 1er mars, la malade ouvrait elle-même la bouche pour manger; l'expression de la figure était animée; les mouvements des mains s'exécutaient volontairement; la marche était plus solide;

l'urine était rendue volontairement. Les jours suivants, la malade se mit à travailler, se promena dans la salle, et manifestait ses idées par signes. Le 12, son beau-père vint la visiter ; à sa vue, elle devint pâle et triste pendant plusieurs heures. Le lendemain la tristesse augmenta ; la malade ne voulait pas quitter le lit, prit très peu de nourriture ; les nuits furent sans sommeil ; les glandes sous-maxillaires enflèrent ; la conjonctive devint rouge, l'œil mobile, et le signe caractéristique de la catalepsie fut de nouveau sensible aux extrémités supérieures.

Cette aggravation, qui avait paru primitivement causée par la visite du beau-père devait être attribuée en réalité au gonflement des glandes sous maxillaires, causé probablement par un refroidissement.

Le 21, les forces avaient repris au point que la malade pouvait faire une promenade dans la cour de l'hôpital. Le 27, elle répondait par écrit à quelques questions, par oui ou par non. Le 28, elle écrivit une lettre à sa mère.

A partir du 29, elle exprimait tous ses désirs par écrit. Toutes les tentatives pour la faire parler étaient infructueuses ; lorsqu'on la questionnait à cet égard, elle paraissait embarrassée et mécontente. Le 4 avril, la malade, sans cause connue, devint abattue et ne voulut plus ni écrire ni se promener ; la nuit fut sans sommeil. Le lendemain matin, le pouls était à 100, le regard incertain, la figure exprimait l'anxiété ; la nourriture était prise avec précipitation. Nouvelle insomnie la nuit suivante. Le 6, le pouls était à 120. Le 7 même état ; la malade portait vivement la nourriture à sa bouche, l'y conservait longtemps, et faisait entendre un grognement singulier en remuant les aliments entre ses dents. Pendant la nuit suivante, elle s'assit brusquement dans son lit, prononça distinctement deux phrases, puis s'endormit. Depuis ce moment, son état s'améliora de jour en jour. Le 14, elle écrivit une longue lettre à sa mère, répondait aux questions par écrit, jouait aux cartes, se promenait ; seulement, elle ne pouvait pas parler. Le 20 enfin, vers quatre heures, elle commença à parler ; mais sa voix était faible, nasonée, et manquait même quelquefois complètement. Les jours suivants, la voix devint de plus en plus forte ; la malade manifestait une véritable joie de pouvoir parler.

De tous les symptômes de la maladie, il ne restait plus que la sécrétion exagérée de salive et la raideur du cou. La menstruation n'était pas encore revenue.

Le 1er mai, la sécrétion de salive et la raideur du cou cessèrent ; la voix était comme avant la maladie; la malade était très disposée à raconter à tout venant ce qu'elle savait de sa maladie. Nous apprîmes alors par elle que pendant le traitement du Dr Schoder, une tristesse subite s'était emparée de son esprit et qu'elle n'avait pu la dominer par aucun moyen. « J'étais immobile, dit-elle ; je croyais quelquefois avoir répondu à des questions qu'on m'avait adressées, et j'étais irritée quand on me questionnait de nouveau ; d'autres fois je savais clairement que je n'avais pas parlé, mais que je ne le pouvais pas. » Elle se rappelait son départ de Vienne : lorsqu'on lui demanda son passe-port, dit-elle, elle crut que l'on voulait l'enfermer et la pendre, parce qu'elle avait eu une discussion avec la police.

Chez elle, sa santé devint meilleure ; néanmoins elle sentait toujours une pression au sommet de la tête et ne pouvait s'occuper de rien. Elle se rappelait en outre son second voyage à Vienne, et racontait assez exactement les essais qui furent faits sur elle à la clinique. Elle se rappelait qu'on l'avait approchée du piano ; son souvenir le plus désagréable était relatif à l'appareil hémospasique. Les tentatives faites sur elle l'avaient jetée souvent dans une grande anxiété, parce qu'elle ne savait pas où on voulait en venir ; elle avait été bien soulagée en entendant dire qu'elle guérirait et qu'on ne lui ferait aucun mal.

Relativement à son absence de mouvement, elle dit qu'il lui était impossible de mouvoir un seul membre ; que souvent, lorsqu'on voulait faire sur elle un essai, elle faisait de grands efforts pour mouvoir son corps et pour s'y soustraire : que l'approche des aliments surtout la mettait dans une grande anxiété, mais qu'elle ne pouvait pas la manifester autrement qu'en appliquant la langue contre les dents. Plusieurs fois elle a eu la sensation d'une corde qui aurait lié ensemble sa bouche et son estomac ; alors la déglutition devenait impossible.

Les convulsions et les spasmes lui causaient de la douleur. Lorsque son état s'améliora, elle sentit très bien que les diverses parties de son corps devenaient de plus en plus libres l'une après l'autre. Elle

se rappelait très bien que, peu de temps avant sa guérison complète, elle avait parlé pendant la nuit.

Le 4 mai, elle quitta l'hôpital complètement guérie ; la dureté de l'ouïe persistait et la menstruation n'était pas encore revenue.

Au mois de juillet, on m'apprit que la guérison s'était bien maintenue.

II. Examen critique des observations.

Ces deux observations de catalepsie sont assez intéressantes par elles-mêmes, et par leur comparaison avec celles que l'on trouve dans les auteurs anciens et modernes, pour mériter un examen particulier et pour servir à éclairer plusieurs points encore obscurs dans l'histoire de cette maladie.

La première de ces observations, recueillie avec un soin tout particulier par le Dr Puel, qui a consacré plusieurs années à l'étude de la malade qui en fait l'objet, est remarquable sous plusieurs rapports. Elle est d'abord tout à fait exceptionnelle par la multiplicité des accès qu'a présentés la malade pendant plusieurs années. Ces accès se reproduisaient avec une extrême régularité et avaient toujours les mêmes caractères. Les faits qui méritent surtout d'être signalés dans ces accès sont les suivants : la contraction musculaire avait lieu successivement et non simultanément dans les divers muscles du corps : les muscles du cou se contractaient les premiers, puis successivement, et toujours dans le même ordre, survenait la contraction de tous les autres muscles de l'économie. Ceux des paupières se contractaient en dernier lieu, et c'est alors seulement, lorsque les yeux se fermaient, que la malade perdait connaissance. Cette perte de connaissance, pendant laquelle tous les muscles de la vie animale continuaient à rester dans l'état caractéristique de la catalepsie, durait trois heures environ. Mais ce qu'il y a de plus curieux et ce qui rend cette observation tout à fait exceptionnelle, c'est que, lorsque la perte de connaissance venait à cesser, les muscles conservaient néanmoins leur roideur encore pendant assez longtemps.

Cette indépendance des symptômes musculaires et des symptômes intellectuels, au commencement et à la fin de chaque accès, est un fait très extraordinaire et contraire à ce que l'on a constaté dans

presque toutes les observations de catalepsie, où les troubles musculaires se produisent en même temps que la perte de connaissance et disparaissent avec elle.

Ce caractère particulier que nous offre cette observation dans les accès abandonnés à leur marche naturelle, nous le retrouvons, d'une manière plus surprenante encore, lorsque le Dr Puel eut découvert le moyen de rompre la périodicité des accès, et de diminuer leur durée et leur intensité, à l'aide de frictions manuelles exercées sur les diverses parties du corps. Cette portion de l'observation contient même des faits si extraordinaires que, si l'on ne connaissait toute la science et toute la bonne foi de cet honorable praticien, et si ces faits ne s'étaient pas renouvelés un nombre de fois considérable avec les mêmes caractères, on serait tenté de croire à la simulation. Nous voyons, en effet, le Dr Puel faire cesser à volonté le spasme musculaire, soit dans un seul membre à la fois, soit dans tous les muscles les uns après les autres, à l'aide de simples frictions longtemps continuées. Enfin, ce qui est plus étonnant encore, nous voyons qu'il lui suffit de toucher les paupières de la malade, non seulement pour lui faire ouvrir les yeux, mais encore pour lui faire recouvrer la connaissance, et cela, alors même que le système musculaire tout entier continue à rester dans l'état cataleptique, de sorte que l'auteur parvient ainsi à faire assister la malade à sa propre attaque de catalepsie. Tous ces faits, décrits avec le plus grand soin dans l'observation que nous avons rapportée précédemment, sont si singulièrement exceptionnels, qu'ils paraîtraient presque incroyables s'ils n'étaient racontés avec tous les détails scientifiques nécessaires, qui ne permettent pas de douter de leur réalité.

Eh bien, cette observation, si exceptionnelles déjà sous le rapport de l'isolement des symptômes intellectuels et musculaires, ne l'est pas moins sous le rapport de l'état de la sensibilité. Dans presque tous les cas de catalepsie, en effet, la sensibilité générale et spéciale est suspendue pendant toute la durée de l'accès; ici, au contraire, loin d'être abolie, elle est exaltée. Le moindre contact et le moindre bruit extérieurs suffisent pour provoquer de vives douleurs, pour augmenter la tension du système musculaire, et pour provoquer chez la malade des grincements de dents, des cris étouffés, et même (ce qui est encore tout à fait contraire à l'immobilité habituelle des

cataleptiques), quelques mouvements de déplacement, comme pour fuir le contact pénible des objets extérieurs. Cette sensibilité exagérée était même si développée chez cette malade, qu'elle a empêché pendant longtemps le Dr Puel de constater chez elle le signe caractéristique de la catalepsie ; il ne pouvait la toucher sans provoquer de sa part une douleur si vive qu'il redoutait de lui faire subir cette expérience.

Cette observation se différencie donc profondément de toutes les observations connues de catalepsie, sous le rapport de ses symptômes les plus importants, par l'existence possible des troubles musculaires indépendamment de la perte de connaissance, ainsi que par l'exaltation de la sensibilité. Si nous voulions pousser plus loin cette comparaison, que nous bornons à dessein à la constatation de ces deux différences capitales, nous trouverions également, dans l'examen des autres symptômes secondaires, des anomalies nombreuses.

Si nous examinons au même point de vue la seconde observation, publiée par le professeur Skoda, nous lui trouvons des caractères bien différents aussi, soit de l'observation précédente, soit des faits de catalepsie en général. Ce qui frappe surtout, à la lecture de cette seconde observation, indépendamment de la durée très longue et presque continue de la maladie, c'est l'état particulier dans lequel se trouve le système musculaire. Le professeur Skoda a pris le soin, en effet, de faire remarquer qu'à l'exception des sterno-mastoïdiens des muscles des mâchoires, et des extrémités inférieures pendant certaines recrudescences de la maladie, qui se trouvaient dans un état de véritable roideur, tous les muscles de la vie animale étaient dans le relâchement, et qu'il n'y avait de contractés que ceux qui étaient nécessaires pour maintenir la position donnée. C'est là un fait important à noter pour l'étude de la catalepsie, et bien différent de ce qu'on observe dans la plupart des cas, où les auteurs constatent plutôt la roideur, la rigidité des muscles, que leur état de relâchement.

Un autre fait mérite également d'être noté, sous le rapport du système musculaire, c'est que l'état cataleptique était moins prononcé aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, et que certaines positions forcées et peu habituelles des extrémités infé-

rieures n'étaient pas conservées indéfiniment. Enfin il est remarquable que dans les derniers mois de la maladie, alors que les muscles étaient encore dans l'état cataleptique, la malade pouvait se tenir droite sur ses jambes, et que plus tard on parvint même à la faire marcher en la poussant en avant. Sous le rapport de la sensibilité, cette observation diffère également de la précédente, mais se rapproche de la plupart des observations connues. La sensibilité est abolie d'une manière générale ; cependant il y a quelques exceptions à cette règle, puisqu'une bougie allumée, approchée brusquement du globe de l'œil, provoque le tremblement des paupières, et que des odeurs fortes, mises en contact avec la membrane pituitaire, donnent lieu à de légers mouvements, à la rougeur des joues, à la sécrétion des larmes, à l'accélération du pouls, et à une élévation de température du corps. Il importe en outre de faire remarquer que les aveux de la malade, après la guérison, prouvent que la sensibilité, quoique généralement éteinte, était en réalité moins complètement supprimée que ne l'eût fait croire l'observation directe, pendant l'accès.

Mais ce qui est également très digne d'attention, c'est l'état de l'intelligence, qui, par suite de l'absence de manifestations, paraissait suspendue, au moins pendant les premiers mois de l'affection, et que la conservation des souvenirs après la guérison nous montre persistant à un degré qu'on n'eût jamais supposé pendant le cours de la maladie. Ajoutons que cette observation est encore remarquable par la longue persistance de la suppression de la parole, alors que la connaissance était revenue, que la malade exprimait ses idées par signes et par écrit, et que les muscles ne conservaient plus les positions qui leur étaient données. Notons aussi, en terminant, le refroidissement général du corps, qui s'est reproduit à plusieurs reprises, et qui a duré une fois pendant plus de quarante-huit heures.

Après avoir résumé brièvement les caractères les plus saillants de chacune de ces observations, si nous cherchons à les comparer entre elles, nous verrons qu'elles n'offrent pas de nombreux points de contact. Elles ne se ressemblent, en quelque sorte, que par le symptôme considéré par les auteurs comme pathognomonique de la catalepsie, à savoir l'aptitude des muscles à conserver les positions qui leur sont données, et ceci suffit pour les faire ranger dans le cadre de

cette maladie; mais elles diffèrent presque sous tous les autres rapports.

Sous le rapport de la *marche*, elles ont l'une et l'autre une longue durée. C'est un point qui permet de les rapprocher, mais qui les distingue de la plupart des autres observations de catalepsie, dans lesquelles les accès, alors même qu'ils se reproduisent fréquemment, ne durent guère que quelques heures, et sont ordinairement séparés les uns des autres par d'assez longues intermittences. Dans ces deux cas, au contraire, les malades sont, pendant longtemps, incessamment sous le coup de la maladie, avec cette différence essentielle toutefois que, dans la première observation, l'affection est franchement intermittente et même périodique, que les accès se reproduisent tous les soirs à la même heure, avec une grande régularité, tandis que dans la seconde la maladie est continue, ainsi que l'intitule l'auteur, ne présente pas d'accès proprement dits, offre dans son cours plusieurs rémissions marquées et plusieurs recrudescences, mais non de véritables intermittences, et, pendant les trois derniers mois, va lentement et progressivement, en diminuant d'intensité dans tous ses symptômes, jusqu'à son entière guérison. Sous le rapport de l'état de la *sensibilité*, la première observation nous présente une exaltation constante de cette faculté, tandis que la seconde nous offre la suspension presque absolue de l'action des sens et de la sensibilité générale, excepté vers la fin de la maladie, alors que celle-ci diminue d'intensité, et qu'on voit disparaître plusieurs de ses symptômes les plus importants.

Relativement à l'*intelligence*, l'auteur de la première observation nous donne peu de détails sur sa conservation pendant les accès, lorsque la malade avait perdu connaissance ; mais il mentionne ce fait capital, que la connaissance, et par conséquent l'intelligence, existaient au commencement et à la fin de chaque accès, malgré l'état de rigidité du système musculaire. Il nous dit en outre que la malade, dans l'intervalle des accès, conservait quelques rares souvenirs de ce qui avait lieu pendant leur durée. Dans l'observation de Skoda, la malade ne put donner presque aucun signe d'intelligence tant que dura l'accès de catalepsie, excepté pendant les deux derniers mois de la maladie. Mais la conservation de certains souvenirs, après la guérison, prouve que l'action de l'intelligence n'était pas complètement

suspendue, comme on aurait pu le supposer, d'après l'absence des manifestations.

Au point de vue de l'intelligence, ces deux observations se rapprochent donc davantage qu'au point de vue de la sensibilité, tout en présentant, même sous ce rapport, de très notables différences. Quant aux *mouvements*, malgré l'analogie apparente du signe caractéristique de la catalepsie, cet état est au fond très différent, puisque dans la première observation il y a roideur et augmentation considérable du degré de contraction musculaire par le contact, tandis que dans la seconde, il y a mollesse et relâchement complet de tous les muscles, à l'exception de ceux qui sont nécessaires pour maintenir les positions données, ainsi que des sterno-mastoïdiens et des masséters, qui sont dans un état de rigidité presque permanente.

Ces deux observations diffèrent donc essentiellement l'une de l'autre sous le rapport de leurs symptômes les plus importants, et après cet examen rapide de leurs analogies et de leurs différences, on pourrait hésiter à les ranger dans la même classe et à les considérer comme appartenant à la même maladie.

Ce qu'il importe maintenant de montrer, avant de poser une conclusion aussi absolue, c'est que les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à la plupart des observations de catalepsie qui existent dans la science, et qu'après les avoir étudiées attentivement, on peut se demander avec raison si, en les réunissant toutes sous un même nom, on n'a pas plutôt fait l'histoire d'un symptôme que celle d'une maladie.

Lorsqu'on lit, en effet, avec attention les observations de catalepsie consignées dans les auteurs, on est frappé des caractères différents qu'elles présentent, même chez les auteurs modernes, qui cependant ont pris le soin d'écarter de leur description tous les faits appartenant évidemment à d'autres maladies, et qui n'ont accepté dans le cadre de cette affection que ceux qui présentaient le signe pathognomonique, à savoir l'aptitude du système musculaire à conserver toutes les positions qu'on lui imprime. C'est, en effet, sur ce signe que les auteurs de notre époque ont fait reposer la maladie; ils ont ainsi évité un grand nombre de confusions commises par les auteurs des siècles précédents, qui avaient mélangé pêle-mêle les faits de catalepsie avec des faits d'hystérie, d'extase, de somnambulisme, ou

même avec d'autres maladies beaucoup plus éloignées. Cette élimination ainsi faite, basée sur un caractère aussi spécial, a certainement de grands avantages, et nous ne venons pas nous élever contre le classement plus méthodique qu'a permis cette façon de procéder. La seule question que nous voulions poser est celle-ci : les faits réunis par les auteurs sous le nom de catalepsie, et qui présentent tous la lésion caractéristique du système musculaire, sont-ils réellement de même nature ? Cette lésion spéciale du système musculaire ne survient-elle pas dans des maladies très diverses, et les faits réunis à l'aide de ce caractère unique ne diffèrent-ils pas souvent sous tous les autres rapports, et même sous le rapport du symptôme qui sert à les rapprocher ? Telle est la question que je me propose d'examiner à l'occasion des deux faits dont j'ai publié l'analyse très détaillée, et qui serviront de base à cette discussion.

Les auteurs modernes qui ont écrit sur la catalepsie ont cherché, il est vrai, à baser l'existence de cette maladie sur la réunion de plusieurs caractères, et non sur un symptôme unique. On définit en effet ordinairement cette maladie de la manière suivante : c'est une névrose à marche intermittente, se reproduisant sous forme d'accès, caractérisés par la suspension de l'intelligence et de la sensibilité, et par une lésion spéciale du système musculaire, qui le soustrait à l'action de la volonté du malade, et lui permet de conserver toutes les attitudes dans lesquelles il se trouvait au moment de l'accès ou qui lui sont imprimées par une main étrangère. Cette définition a certainement un grand mérite, c'est de reposer sur un ensemble de symptômes principaux et sur la marche de la maladie, au lieu d'être basée exclusivement sur un seul caractère. Malheureusement, les faits ne se prêtent pas aussi facilement qu'on pourrait le supposer à la rigueur de cette définition, et, lorsqu'on étudie avec soin les observations de catalepsie recueillies par des auteurs différents, on ne tarde pas à s'apercevoir que les faits réunis sous le même nom diffèrent singulièrement les uns des autres, sous le rapport de ces divers caractères. La première question qui se présente alors à examiner est celle-ci : puisque le signe pathognomonique, tiré de l'état du système musculaire, est indispensable pour caractériser la maladie, doit-on admettre dans son cadre tous les faits qui présentent ce symptôme, quelles que soient d'ailleurs leurs diversités sous tous les

autres rapports ? Mais, dans ce cas, il faudrait faire rentrer dans l'histoire de cette maladie des faits nombreux d'hystérie, d'extase, de somnambulisme, etc., avec état cataleptique du système musculaire, et alors on serait infidèle à la définition que nous venons de poser. D'un autre côté, si l'on ne veut admettre dans le domaine de la catalepsie que les faits présentant rigoureusement tous les caractères compris dans la définition, on diminue d'une manière très notable le nombre des faits de catalepsie véritable, et on laisse flotter au hasard, sans place déterminée dans le cadre nosologique, tous les autres faits qui ne rentrent pas exactement dans cette définition. Cette alternative est certainement très embarrassante; aussi les auteurs ont-ils été forcés d'être moins sévères dans l'application de la définition, et ont-ils donné le nom de catalepsie à des faits qui ne réunissent pas toutes les conditions voulues pour mériter réellement ce nom, privés qu'ils sont d'un ou de plusieurs des caractères nécessaires pour constituer cette maladie. Pour le prouver, il nous suffira de passer en revue ces divers caractères et de faire ressortir brièvement les anomalies singulières que présentent les différentes observations sous le rapport de chacun d'eux.

Et d'abord disons quelques mots de l'état de l'*intelligence* dans la catalepsie. L'intelligence, dit-on, est complètement suspendue pendant tout le temps que dure l'accès de catalepsie. Le malade, en sortant de son accès, ne conserve aucun souvenir de ce qui a eu lieu pendant sa durée ; quelquefois même il a oublié les faits qui ont précédé son invasion ; d'autres fois, au contraire, il continue, une fois l'accès terminé, la phrase ou l'action qu'il avait commencée immédiatement avant son explosion, comme si l'intervalle de l'accès était un temps entièrement effacé de son existence. Telle est, en effet, la règle générale, et c'est ce que l'on constate dans la plupart des observations de catalepsie vraie. Combien cependant cette règle présente d'exceptions ! Que faire alors de ces exceptions, si l'on ne doit ranger parmi les faits de catalepsie véritable que ceux qui offrent la réunion des trois ordres de symptômes qui servent à caractériser cette maladie ? Dans la majorité des cas, la constatation de la persistance ou de la suspension du travail intellectuel, pendant les accès de catalepsie, est presque impossible. On peut soutenir, à cet égard, également le pour et le contre,

puisque le malade, ne jouissant pas de la liberté de ses mouvements, n'a aucun moyen de manifester, ni par les gestes ni par la parole, ses pensées s'il en a pendant l'accès, et que la mémoire lui faisant presque constamment défaut après l'accès, il lui est impossible de rendre compte d'un travail intellectuel qui aurait pu avoir lieu, mais dont le souvenir n'existe plus. Mais il ne s'agit pas ici de résoudre ce problème presque insoluble, de la persistance possible de l'intelligence dans les cas où il n'y a ni manifestation pendant l'accès ni souvenir après sa cessation. Nous laissons de côté tous ces faits, qui sont cependant les plus nombreux ; nous voulons seulement parler de cas exceptionnels dans lesquels il y a quelques manifestations d'intelligence pendant l'accès et quelques souvenirs après qu'il a disparu. On a cité, en effet, des faits dans lesquels, en adressant la parole aux malades pendant l'accès, on provoquait la sécrétion des larmes, quelques mouvements des yeux ou des muscles de la face, ou bien même on parvenait à faire cesser brusquement l'accès.

Dans ces cas, il est évident que les facultés intellectuelles n'étaient pas suspendues, puisque les malades comprenaient le sens des paroles qui leur étaient adressées. Eh bien, doit-on, par ce seul fait de l'existence d'un travail intellectuel, exclure du cadre de la catalepsie et faire passer dans le domaine de l'extase ces faits qui, sous les autres rapports, présentent les véritables caractères de la catalepsie ? Il est d'autres cas encore dans lesquels la conservation de l'intelligence ne se constate pas pendant l'accès, mais devient évidente après sa disparition, par la conservation de la mémoire des malades, qui racontent des faits qui se sont passés pendant leur accès, dont ils ont eu conscience, sans avoir eu aucun moyen de faire connaître au dehors qu'ils étaient en état de les observer. Dans les deux observations que nous avons rapportées, la conservation de l'intelligence a évidemment existé, au moins à certaines périodes des accès ou de la maladie ; et cependant, ces deux faits, exceptionnels sous ce rapport, ne peuvent guère être exclus du cadre de la catalepsie.

Les réflexions que nous venons de faire relativement à l'état de l'intelligence dans la catalepsie s'appliquent également la *sensibilité*. Un des caractères les plus essentiels de cette maladie, un caractère *sine qua non* en quelque sorte, et presque aussi impor-

tant pour la différencier d'autres maladies analogues que l'état du système musculaire, c'est la suppression absolue de toute sensibilité générale et spéciale. Les auteurs qui ont écrit sur les maladies nerveuses ont rapporté de nombreuses observations dans lesquelles on raconte qu'on a soumis les malades à toutes sortes d'épreuves et de tortures, pour s'assurer de l'état de leur sensibilité, et qu'ils les ont supportées héroïquement, sans sourciller et sans donner aucun signe de douleur. On est même très porté à suspecter la simulation dans tous les cas où les malades ne subissent pas ces expériences avec cette insensibilité caractéristique. Cependant, les observations de catalepsie rapportées par les auteurs contiennent de nombreuses exceptions à cette règle générale. Certains malades expriment la douleur qu'ils éprouvent pendant l'accès, à l'aide de cris étouffés, de mouvements des yeux ou des paupières, lorsque le mouvement est encore possible dans ces parties; d'autres éprouvent une coloration rapide de la face, un refroidissement général, un ralentissement ou une accélération du pouls, ou bien versent des larmes qui restent cachées derrière les paupières, lorsque celles-ci sont fermées et ne s'épanchent au dehors qu'après la cessation de l'accès. Il est d'autres malades qui conservent encore quelques mouvements incomplets dans une partie quelconque du corps, et qui fuient alors, autant qu'il en est en leur pouvoir, tout contact extérieur appliqué sur cette partie. D'autres cataleptiques enfin, qui ne possèdent pendant l'accès aucun moyen de manifester la douleur qu'on leur fait éprouver, en conservent le souvenir après l'accès, et rendent compte alors des efforts inouïs qu'ils ont faits pour échapper à la douleur qu'ils ressentaient, mais qu'ils ne pouvaient ni fuir ni exprimer.

Il en est de la *sensibilité spéciale* comme de la sensibilité générale. Les cinq sens sont en général insensibles, pendant les accès de catalepsie, à leurs excitants naturels; mais il n'en est pas toujours ainsi, et tantôt un sens, tantôt l'autre, se trouve conservé chez certains malades. Ceux qui conservent le souvenir après l'accès déclarent souvent qu'ils ont vu ce qui se passait autour d'eux, et le racontent aux assistants. D'autres, comme nous l'avons déjà dit, expriment de diverses façons l'impression que leur causent des paroles prononcées devant eux, ou bien sortent brusquement de leur accès, à la suite d'une promesse qu'on leur fait, d'une nouvelle qu'on leur apprend.

en entendant le son d'une horloge, etc.; il en est même qui obéissent pendant l'accès à certains ordres qu'on leur intime, ce qui prouve à la fois la conservation de l'ouïe et la possibilité de quelques mouvements. Il en est de même des sens du goût et de l'odorat, qui, habituellement supprimés pendant les accès, comme les autres sens, persistent quelquefois au point que des saveurs ou des odeurs sont perçues et provoquent, soit un demi-réveil momentané, soit même une cessation subite de l'accès. Les deux observations que nous avons rapportées présentent deux exemples divers, mais incontestables l'un et l'autre, de cette persistance possible de la sensibilité générale et spéciale. Ces exemples suffisent pour démontrer que la suspension de la sensibilité, de même que celle de l'intelligence, considérée par les auteurs comme un caractère essentiel de la catalepsie, est loin d'être constante, et pour prouver par conséquent que lorsque ces deux caractères viennent à manquer on est obligé de se contenter, pour constituer cette maladie, du signe pathognomonique tiré de l'état du système musculaire, et qu'ainsi on s'expose à réunir sous un même nom des faits très divers au fond, qui ne se rapprochent les uns des autres que par un seul symptôme, et qui peuvent tout aussi bien appartenir à d'autres maladies, telles que l'hystérie, l'extase, le somnambulisme, etc., qu'à la catalepsie proprement dite.

Pour terminer cet examen critique des caractères de la catalepsie, il nous reste maintenant à montrer que le symptôme pathognomonique lui-même, tiré de l'état des mouvements, sur lequel repose en réalité la maladie, est aussi mobile que tous les autres, et que, non seulement il diffère en intensité, en étendue et en durée, dans les observations réunies cependant sous le prétexte de l'identité de ce caractère, mais qu'il diffère également par sa nature intime, par ce qui le constitue essentiellement, par ce qui permet de le distinguer des autres symptômes nerveux analogues du système musculaire.

Selon les auteurs, tous les muscles de la vie animale sans exception sont, pendant les accès de catalepsie, soustraits à l'action de la volonté, et obéissent à l'impulsion d'une main étrangère. Eh bien, nous trouvons de nombreuses exceptions à cette loi générale dans diverses observations. D'abord on a cité quelques exemples de cata-

lepsies partielles, qui n'affectaient que certaines parties, ou même qu'une seule moitié du corps. Dans certains cas, les membres supérieurs seuls sont dans l'état cataleptique, et les extrémités inférieures ne participent que très faiblement, ou même ne participent pas du tout à l'état d'immobilité caractéristique. Dans d'autres cas, ce sont des parties plus limitées du corps qui sont respectées par la maladie, les yeux, les paupières, les muscles de la face et du pharynx, qui se prêtent encore à l'expression de quelques sentiments ou à l'acte de la déglutition. Dans d'autres circonstances, le phénomène cataleptique varie en durée ou en intensité chez les divers malades, ou chez le même malade aux diverses périodes d'un même accès. Tantôt ce phénomène n'existe d'une manière violente qu'au début de l'accès, et diminue ou disparaît plus tard dans l'une ou dans toutes les parties du corps, sans que le malade recouvre pourtant la connaissance ou le sentiment ; tantôt il n'existe que d'une manière incomplète, ne peut être produit qu'avec peine ou bien ne persiste pas longtemps ; on voit bientôt le membre, maintenu immobile dans une position donnée, s'abaisser lentement et céder petit à petit aux lois de la pesanteur. Sous tous ces rapports d'étendue, de durée ou d'intensité, le symptôme caractéristique de la catalepsie diffère donc d'une manière très notable dans les diverses observations rapportées par les auteurs. Mais ce ne sont là que des différences de degré, qui ne changent rien à la nature intime du phénomène, qui n'empêchent pas de le reconnaître, et qui ne s'opposeraient nullement à ce que les faits présentant ces divers degrés d'un même phénomène fussent réunis dans une même classe, puisqu'il en est ainsi des symptômes de toutes les maladies, et surtout des symptômes nerveux, qui offrent des différences notables dans leur intensité et leur durée, sans perdre pour cela leur caractère essentiel. Mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que les auteurs ont noté de telles différences dans la nature même du phénomène cataleptique, qu'il est impossible de continuer à décorer du même titre et à considérer comme identiques les lésions très diverses du système musculaire rangées par eux sous le même nom, considérées comme de simples différences de degré, et qui représentent à nos yeux une véritable différence de nature.

Quel est, en effet, l'état du système musculaire qui sert à caracté-

riser la catalepsie? C'est un état de *contraction*, intermédiaire à la contraction normale et à la rigidité tétanique. Dans la contraction normale, la volonté intervient pour maintenir l'immobilité des membres, et dans certains états volontaires, tels que l'extase ou la mélancolie avec stupeur par exemple, elle peut acquérir, sous ce rapport, une continuité d'action bien propre à simuler l'état cataleptique. Ce qui distingue alors ces malades des véritables cataleptiques, ce sont les efforts souvent appréciables qu'ils font pour conserver pendant longtemps la même position, la fatigue qui finit tôt ou tard par entraîner l'abaissement du membre soulevé, enfin la résistance qu'éprouve une main étrangère pour déplacer les muscles maintenus dans un état de contraction forcée. Mais combien ces nuances sont souvent difficiles à saisir, et comment poser une limite rigoureuse entre les cas de catalepsie incomplète que nous avons cités plus haut et l'immobilité volontaire de certains états extatiques? Il en est de même de la distinction à établir entre la rigidité cataleptique exagérée et la contraction tétanique. Dans beaucoup d'observations de catalepsie, en effet, on représente le système musculaire comme étant dans un état de raideur telle qu'on éprouve une grande difficulté à mouvoir les membres, qui offrent une véritable résistance aux mouvements qu'on cherche à leur communiquer. Depuis le degré qu'on a comparé à celui d'une charnière rouillée jusqu'à celui qui a permis d'assimiler le corps tout entier des cataleptiques à une statue de pierre ou à un bloc de marbre, il y a une foule de nuances insensibles dans le degré de contraction des muscles qui rendent presque impossible toute ligne de démarcation tranchée entre la rigidité propre à caractériser la catalepsie et celle qui appartient en réalité au tétanos, aux spasmes toniques, ou même à la contracture des affections cérébrales. Ainsi donc, soit que la contraction musculaire propre à la catalepsie diminue, soit qu'elle augmente d'intensité, elle arrive peu à peu à se confondre avec des phénomènes voisins, d'un côté avec la contraction musculaire volontaire (ou même, dans quelques cas, avec l'immobilité résultant de la résolution paralytique), et, de l'autre, avec les convulsions toniques qui caractérisent d'autres affections du système nerveux. Elle perd ainsi insensiblement ses caractères propres, pour revêtir ceux d'autres phénomènes voisins, sans qu'il soit possible de poser scientifiquement une

limite vraiment nette et précise, de nature à indiquer positivement où cesse le degré de contraction qu'on peut appeler cataleptique et où commencent ceux qui doivent recevoir une autre dénomination.

Nous croyons donc pouvoir conclure de l'examen auquel nous venons de nous livrer des phénomènes principaux de la catalepsie et des diversités qu'ils présentent dans les différentes observations, que l'on a réuni sous le nom de *catalepsie* des faits qui diffèrent singulièrement les uns des autres, non seulement par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche, mais par le caractère même qui seul permet de les rapprocher, et que par conséquent, dans la description que l'on a donnée jusqu'ici de cette affection, on a plutôt fait l'histoire d'un symptôme que celle d'une maladie véritable.

IX

THÉORIES PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉPILEPSIE (1)

— 1862 —

PREMIÈRE PARTIE

Exposé dogmatique des théories de l'épilepsie.

Dans ce travail, nous allons exposer les résultats généraux auquels sont arrivés Schrœder Van der Kolk (2), Sieveking (3), Radcliffe (4) et Russel Reynolds (5) sur les théories de l'épilepsie. Nous montrerons comment ils ont développé et complété la théorie proposée par Marshall-Hall, en s'appuyant sur leurs propres observations, ou sur les expériences du Dr Brown-Séquard, qui est parvenu à produire artificiellement l'épilepsie chez les animaux, à l'aide de diverses lésions traumatiques de la moelle épinière (6). Nous chercherons ensuite à indiquer les objections qui nous semblent pouvoir être adressées à cette théorie. Mais nous voulons simplement les examiner au point de vue de la théorie de l'épilepsie, acceptée par ces auteurs, et qui se résume dans ce fait général qu'ils placent le siège de l'épilepsie dans la moelle allongée.

Marshall-Hall est le premier qui ait émis et cherché à démontrer cette opinion, et les auteurs que nous venons de citer, tout en variant

(1) Extrait des *Archives générales de Médecine*, février et mai 1862.

(2) Schrœder Van der Kolk, *Bau und Fonctionen der Medulla spinalis, und oblongata, und nachste Ursache, und rationnelle Behandlung der Epilepsie. Aus dem hollandischen Ubertragen*, von Wilhelm Theile. Braunschweig, 1859.

(3) Sieveking, *On Epilepsy and epileptiform seizures;* seconde édition. London, 1861.

(4) Radcliffe, *Epileptic and other convulsive affections of the nervous system, their pathology and treatment* ; third edition. London, 1861.

(5) Russel Reynolds, *Epilepsy: its symptoms, treatment, and relation to other chronic convulsive diseases;* London, 1861.

(6) Brown-Séquard, *Researches on epilepsy: its artificial production in animals, and its etiology, nature and treatment in man.* Boston, 1857.

sur l'interprétation secondaire des faits, acceptent tous sa théorie générale.

Voici à peu près comment Marshall-Hall et les auteurs qui l'ont suivi comprennent la production de l'accès épileptique :

Chez les épileptiques, disent-ils, la moelle allongée est surexcitée pathologiquement. C'est là la cause prédisposante, ou cause prochaine de la maladie. Comme le pouvoir réflexe de la moelle allongée se compose de deux éléments, la faculté de recevoir les impressions et celle de les répercuter sur le système musculaire, on peut comprendre que ces deux éléments soient inégalement développés chez chaque malade ; de là des divergences secondaires entre les auteurs qui admettent cependant la lésion fonctionnelle de la moelle allongée comme fait constant chez les épileptiques. Mais, pour produire l'attaque d'épilepsie, il faut autre chose que cette altération dynamique de la moelle allongée. Il faut une cause occasionnelle excitante, partant, soit du système nerveux périphérique, soit du cerveau lui-même (cause physique et cause morale). Il y a donc, dans la théorie de l'épilepsie basée sur le pouvoir réflexe de la moelle allongée, deux données principales : d'abord l'excitabilité constante de cette partie de l'encéphale, puis la cause occasionnelle, provenant d'un autre point du système nerveux. Tous ceux qui adoptent la théorie de Marshall-Hall acceptent ces deux propositions.

Les divergences commencent lorsqu'il s'agit d'expliquer le mode de succession des divers phénomènes de l'accès. Pour Marshall-Hall, le premier symptôme est la convulsion des muscles de la face, du larynx et du thorax, auxquels se distribuent les nerfs qui proviennent de la moelle allongée, c'est-à-dire les branches du trijumeau, l'hypoglosse, le spinal et le pneumogastrique. D'après ce physiologiste, le premier phénomène de l'accès est donc ce qu'il a appelé le *laryngisme* et le *trachélisme*, pour résumer en un mot la contraction des muscles du larynx, du cou et des parois thoraciques qui concourent aux fonctions respiratoires. Sur ce fait primitif repose toute la théorie spéciale de Marshall-Hall. De là la trachéotomie, proposée par lui comme moyen de guérir les accès épileptiques, ou du moins d'en conjurer les dangers. Selon Marshall-Hall, l'occlusion de la glotte et la convulsion des muscles respirateurs, en déterminant l'asphyxie et en comprimant les veines du cou, entraîne comme

conséquence immédiate la stase sanguine dans le cerveau ; c'est par ce moyen détourné qu'il explique la suspension des fonctions cérébrales et partant la perte de connaissance pendant l'attaque épileptique. Cette seconde partie de la théorie de Marshall-Hall a soulevé de nombreuses oppositions, elle a été repoussée par tous les auteurs qui, après lui, ont cherché à expliquer les attaques épileptiques par l'exagération du pouvoir réflexe de la moelle allongée.

Quel est le phénomène initial d'une attaque d'épilepsie ? Quel est l'ordre de succession des divers symptômes ? Voilà les points sur lesquels on diffère et qui sont devenus l'objet d'études très attentives de la part des auteurs qui nous occupent en ce moment.

Nous ne pouvons signaler ici toutes les différences qui existent entre eux sous ces divers rapports ; nous devons nous borner à indiquer les plus importantes.

Le premier phénomène d'une attaque épileptique est-il le cri, la pâleur de la face, la perte de connaissance, ou la convulsion des muscles de la face, ou bien tous ces phénomènes surviennent-ils en même temps ?

Les auteurs que nous analysons ont tous compris le rôle important que joue la perte de connaissance dans une attaque d'épilepsie. Ils n'ont pu admettre, avec Marshall-Hall, qu'elle fût un phénomène consécutif à la convulsion des muscles respirateurs et à la stase sanguine dans le cerveau. Ils ont dû dès lors chercher une autre explication de ce fait évidemment primitif dans toute attaque d'épilepsie. Ils l'ont trouvée, par un procédé très ingénieux, dans la contraction des artères du cerveau. M. Brown-Séquard, en effet, profitant d'une découverte de Claude Bernard (1), relative à l'action du grand sympathique sur les vaisseaux, a trouvé moyen de rattacher dans l'épilepsie, le fait de la perte de connaissance à celui de la convulsion. Claude Bernard avait découvert qu'en coupant le grand sympathique au cou, c'est-à-dire en faisant cesser l'action de ce nerf sur les vaisseaux de la face et du cerveau, on déterminait un relâchement de ces vaisseaux, partant un excès de sang artériel dans ces parties et une élévation de la température. M. Brown-Séquard,

(1) Claude Bernard, *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux ;* Paris, 1858.

renversant l'expérience, galvanisant le grand sympathique ou l'irritant d'une manière quelconque, au lieu de le couper, a produit le phénomène inverse, c'est-à-dire la contraction des vaisseaux capillaires, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, et partant la pâleur de la face et l'anémie cérébrale. Il conclut de cette expérience physiologique, qu'au début de l'attaque épileptique, le centre réflexe excité n'agit pas seulement sur les nerfs qui se distribuent à la face, au cou et au thorax, pour y déterminer la convulsion des muscles de ces régions, mais qu'il agit en même temps sur les nerfs vaso-moteurs du grand sympathique, et donne lieu ainsi à la pâleur de la face et à la perte de la connaissance, par anémie cérébrale, comme dans la syncope. Cet auteur parvient ainsi à expliquer comment, dès le début de l'attaque, la perte de connaissance coïncide avec les convulsions, ainsi qu'avec le cri et la pâleur de la face.

Il réserve donc pour la seconde phase de l'accès les phénomènes d'asphyxie et de congestion cérébrale auxquels Marshall-Hall avait donné la prééminence et qu'il avait placés à tort dans la première période. Les auteurs que nous analysons ont tous adopté cette manière de voir de Brown-Séquard. Voici comment ce physiologiste comprend l'ordre de succession des symptômes dans un accès d'épilepsie : l'épileptique pris subitement d'une attaque, pâlit, perd connaissance, éprouve des convulsions de la face et du larynx, voilà la première période. Par suite de la convulsion des muscles thoraciques, la respiration s'embarrasse, et il survient secondairement une gêne dans la circulation ; elle est due, non seulement à la compression des veines jugulaires, mais surtout à l'immobilisation des parois du thorax et du diaphragme, qui, en suspendant la respiration, nuisent à l'hématose plus encore qu'à la circulation artérielle ou veineuse. Donc, à la seconde période de l'accès épileptique, l'état congestionnel du cerveau, la torpeur et la somnolence, qui coïncident avec la continuation des convulsions, ou qui leur succèdent, tiennent beaucoup plus à l'action toxique du sang veineux sur les diverses parties de l'encéphale qu'à l'anémie cérébrale, qui caractérise la première période, ou à la congestion artérielle et à la stase veineuse, qui existent dans la seconde. La théorie de Brown-Séquard diffère donc de celle de Marshall-Hall par deux points essentiels : d'abord, par l'explication nouvelle de la perte de con-

naissance, ensuite par l'interprétation différente de la stase veineuse, qui agit plutôt, selon lui, par la présence de l'acide carbonique que par la compression due à un excès de sang dans le cerveau.

Les auteurs que nous analysons ont adopté à peu près les idées de Brown-Séquard sur le mécanisme de l'accès épileptique, excepté cependant pour certains phénomènes de la seconde période. Comme Marshall-Hall, ils admettent l'excitabilité spéciale de la moelle allongée, soit provoquée par le système nerveux périphérique soit survenant spontanément, et s'épuisant ensuite progressivement par son propre exercice. Ils sont disposés également à expliquer la pâleur de la face et la perte de connaissance, dès le début de l'accès, par la contraction des artères du cerveau, laquelle provient de l'excitation simultanée des nerfs du grand sympathique et des autres nerfs qui naissent de la moelle allongée. Mais, pour la période d'asphyxie, il existe entre eux des différences assez importantes, relativement à l'état du cerveau pendant cette période. Schroeder Van der Kolk, par exemple, défend énergiquement l'idée de la congestion cérébrale et de la stase veineuse contre ceux qui, comme le Dr Radcliffe et Kussmaul et Tenner, croient surtout à l'influence de l'anémie cérébrale pour la production des convulsions.

Ainsi donc, en résumé : compression cérébrale, anémie de cet organe, et action toxique du sang veineux, telles sont les trois causes qui, selon les divers auteurs dont nous parlons, serviraient à expliquer les phénomènes de la seconde période d'un accès épileptique. Mais là ne se bornent pas les différences qui existent entre eux pour l'interprétation des symptômes de l'épilepsie. Il en est une plus essentielle, sur laquelle nous devons maintenant insister, nous voulons parler de l'opinion toute particulière du Dr Radcliffe. Ce physiologiste admet bien, comme les autres auteurs dont nous venons de parler, que la cause prochaine de l'épilepsie réside dans la moelle allongée et qu'elle consiste dans une lésion fonctionnelle de cet organe ; mais là s'arrête à peu près l'analogie entre sa théorie et celle des autres auteurs. Selon lui, en effet, l'épilepsie ne serait pas due à une exagération, mais au contraire à une diminution d'action de cette partie de l'encéphale. Cette opinion, pathologique, qui paraît paradoxale à première vue, repose

chez le Dr Radcliffe, sur une théorie physiologique nouvelle de la contraction musculaire, qu'il a proposée et défendue depuis dix ans et à laquelle il a consacré la première moitié de son ouvrage.

Cette théorie de l'action musculaire est précisément l'inverse de celle qui est généralement adoptée par les physiologistes. Au lieu d'admettre que le muscle, à l'état de repos, est dans le relâchement, et que la contraction musculaire résulte de l'action stimulante du système nerveux, le Dr Radcliffe prétend démontrer, par des expériences et des discussions physiologiques, que l'état normal du muscle abandonné à lui-même est le raccourcissement, et que le système nerveux n'intervient que pour déterminer son élongation, et faire cesser l'état de contraction qui est inhérent à la fibre musculaire. Appliquant à l'épilepsie cette donnée physiologique toute personnelle, le Dr Radcliffe admet que, dans l'accès épileptique, la moelle allongée, au lieu d'être exaltée dans ses fonctions, éprouve au contraire une diminution d'énergie, laquelle abandonne le système musculaire à sa contractilité naturelle, et donne ainsi naissance à des spasmes toniques ou cloniques. Sous ce rapport important, ce médecin est donc en contradiction complète avec les autres auteurs dont nous parlions tout à l'heure, puisqu'il attribue les convulsions de l'épilepsie à l'inaction, et non à l'excès d'action du centre réflexe ; il prétend même que sa théorie offre seule le moyen plausible de rendre compte de ce fait singulier, que dans l'épilepsie, les fonctions sensitives et intellectuelles de l'encéphale sont abolies, tandis que les fonctions motrices seraient augmentées. Rien de plus simple, au contraire, selon lui ; dans sa théorie, les fonctions motrices du système nerveux seraient abolies comme les autres, et les fonctions musculaires seules seraient en action, par suite de la suspension d'influence du système nerveux central. A l'exception de cette divergence fondamentale, relative à la cause première de l'épilepsie, le Dr Radcliffe adopte ensuite à peu près la même interprétation que les autres auteurs, pour le mode de production des divers phénomènes de l'accès. Ainsi, par exemple, dans la première période, il admet comme eux l'anémie cérébrale, et partant, la suspension des fonctions de l'encéphale par absence de sang artériel ; mais, dans la seconde période, il interprète différemment l'action de la congestion

veineuse : selon lui, les phénomènes observés à cette période ne seraient dus, ni à la compression cérébrale, ni à l'action toxique du sang veineux, mais à l'absence du sang artériel, qui est le stimulant naturel du système nerveux. Ainsi, dans la première période, les vaisseaux vides ne contiennent pas de sang artériel ; dans la seconde, ils n'en contiennent pas non plus, puisqu'ils sont gorgés de sang veineux ; donc la cause unique de tous les symptômes de l'accès d'épilepsie réside dans la suspension des fonctions de l'encéphale, due à l'absence du sang artériel, son stimulant naturel.

Ce résumé rapide des idées émises par les auteurs qui nous occupent, sur la physiologie de l'accès d'épilepsie, suffit pour faire connaître comment ils en comprennent le mécanisme.

Nous devons maintenant rechercher sur quelles bases ils font reposer leurs opinions. Sont-ce des conceptions purement théoriques, ou bien trouvent-elles quelque appui dans l'observation clinique et dans l'expérimentation ? Voilà ce qu'on est en droit de demander aux auteurs qui cherchent à propager des idées nouvelles.

En lisant attentivement les auteurs dont nous parlons, il est facile de s'apercevoir que, malgré les divergences qui les séparent, ils s'appuient tous sur des preuves du même genre ; tous invoquent en faveur de leur opinion la physiologie humaine, les expériences faites sur les animaux, l'observation clinique et l'anatomie pathologique microscopique.

Ces théories de l'épilepsie reposent en premier lieu sur les découvertes physiologiques modernes, qui ont placé dans la moelle allongée le siège des mouvements réflexes. Assimilant aux mouvements réflexes de l'état normal les mouvements cloniques de l'épilepsie, ou des autres maladies convulsives, nos auteurs en ont conclu naturellement que l'organe qui servait de centre aux mouvements physiologiques devait être également la cause des mouvements pathologiques. De plus, poursuivant l'analogie, ils ne se sont pas contentés d'admettre l'excitabilité maladive de la moelle allongée, comme cause première des mouvements convulsifs ; de même que tout mouvement réflexe, à l'état normal, suppose deux faits connexes, à savoir : l'impression sensorielle provenant d'un nerf sensitif et sa transmission à un nerf de mouvement ; de même ils ont admis que,

dans les maladies convulsives, l'excitabilité exagérée de la moelle allongée, pour être mise en action, devait recevoir une impulsion partant d'un point plus éloigné du système nerveux. Lorsqu'ils n'ont pu découvrir ce point de départ des mouvements convulsifs dans un des nerfs, des membres ou des viscères, ils ont cherché dans le cerveau lui-même cette première impulsion imprimée au centre réflexe, lequel la transmet ensuite à tous les nerfs du corps, soit directement, soit par l'intermédiaire de la moelle épinière ou du cerveau.

Cette doctrine, déduite de la physiologie humaine, a trouvé son principal appui dans les expériences faites sur les animaux. Ces expériences, citées par tous les auteurs que nous analysons, sont de deux sortes ; les unes portent sur le système nerveux, les autres sur le système circulatoire.

Les expériences les plus curieuses et les plus concluantes sur le système nerveux ont été faites par M. Brown-Séquard ; elles sont si intéressantes qu'elles méritent d'être rappelées ici avec quelques détails.

Cet habile expérimentateur s'est livré sur les animaux à des expérimentations très variées : les unes ont eu pour but de démontrer que, lorsqu'on enlevait à un animal toutes les parties supérieures de l'encéphale, en ne laissant subsister que la protubérance et la moelle allongée, on pouvait encore facilement déterminer chez lui des mouvements convulsifs dans diverses parties du corps. Mais les expériences les plus remarquables au point de vue qui nous occupe sont les suivantes : En faisant éprouver à la moelle épinière diverses lésions traumatiques, soit dans sa totalité, soit dans ses différentes portions, chez des animaux privés des parties supérieures de l'encéphale, on constate que ces animaux deviennent peu à peu épileptiques. Quinze jours ou trois semaines après cette opération, ils commencent par éprouver des convulsions partielles, puis générales, et ces convulsions se reproduisent ensuite chez eux, à volonté, soit en irritant la peau de la face ou du cou, soit même spontanément, sans aucune excitation périphérique. Le fait le plus important à noter dans ces expériences, c'est que les lésions traumatiques de la moelle épinière n'ont pas pour résultat de produire immédiatement ces convulsions, mais de rendre peu à peu les animaux épileptiques,

c'est-à-dire de les prédisposer à éprouver des attaques convulsives, qui ne surviennent qu'au bout d'un certain temps, et qui se reproduisent ensuite de loin en loin, soit spontanément, soit sous l'influence de la plus simple excitation. Il suffit quelquefois de suspendre la respiration pendant quelques minutes, ou même de souffler sur la peau de la face, pour déterminer des attaques convulsives, qui continuent ensuite, pendant quelque temps encore, après la cessation de cette excitation passagère.

Habituellement, pour produire des convulsions, il suffit de pincer la peau de la face ou du cou. Si un des côtés seulement de la moelle a été lésé, c'est le même côté de la face qui donne lieu aux convulsions, si les deux moitiés de la moelle ont été coupées, on peut donner naissance à des convulsions en pinçant les deux côtés de la face. Aucune autre partie du corps n'est douée de cette propriété, et il n'y a dans la face que les portions de la peau animées par certains filets des deux dernières branches du trijumeau.

L'auteur indique quatre lignes allant de l'œil à l'oreille, de celle-ci à la partie moyenne du maxillaire inférieur, et s'étendant de ce point, d'un côté jusqu'à l'œil et de l'autre jusqu'au cou, pour revenir par un demi-cercle jusqu'à l'oreille. C'est entre ces quatre lignes que se trouve circonscrite la portion de peau qu'il suffit de pincer pour déterminer des attaques convulsives, analogues à l'épilepsie, chez les animaux qui ont subi des incisions partielles ou totales de la moelle épinière. Ce qui prouve que ces convulsions ne sont pas dues à la douleur, mais à l'action spéciale de cette partie de la peau de la face sur la moelle allongée, c'est que la piqûre d'autres parties du corps, même sur un membre hyperesthésié, ne produit aucun mouvement convulsif, tandis qu'il suffit de souffler sur cette portion de la peau de la face, ou de la pincer légèrement, pour déterminer des attaques semblables à celle de l'épilepsie.

Une dernière circonstance mérite d'être notée dans ces expériences. A l'état physiologique, l'irritation de la peau ou des membranes muqueuses, produit des mouvements réflexes que l'irritation des gros troncs nerveux ne peut déterminer; ainsi, par exemple, la toux est constamment causée par l'irritation de la membrane muqueuse du larynx, tandis qu'elle ne résulte pas de l'irritation du tronc du pneumo-gastrique. Eh bien, il en est de même des mouve-

ments convulsifs : lorsqu'on met à nu les troncs nerveux de la face et qu'on les irrite, on ne donne pas lieu aux convulsions que l'on produit au contraire en pinçant la peau elle-même. Il se produit même dans ces cas un phénomène plus curieux encore : si l'on dissèque chez les animaux dont nous parlons, la peau de la face, de manière à ne la laisser adhérente que par l'intermédiaire du nerf sous-orbitaire, on détermine des convulsions en piquant cette portion de peau ainsi détachée, tandis qu'on n'en produit pas en irritant le nerf sous-orbitaire lui-même.

Le Dr Brown-Séquard conclut de ces expériences que, pour produire des attaques convulsives, chez les animaux qui ont subi des lésions traumatiques de la moelle épinière, il faut irriter les extrémités nerveuses de la peau de la face et non les gros troncs nerveux eux-mêmes. Ce qu'il y a de plus remarquable enfin, c'est que les attaques convulsives, une fois produites par ces procédés, peuvent durer pendant des années et se reproduire ensuite spontanément, plusieurs fois par jour, tous les deux jours, toutes les semaines ou tous les mois, absolument comme chez les épileptiques. Les animaux se trouvent ainsi placés, par le fait de ces expériences, dans les mêmes conditions où se trouvent les individus devenus épileptiques à la suite d'une lésion traumatique des membres, du tronc ou de la tête.

Les expériences sur lesquelles s'appuient également les auteurs que nous analysons, et qui portent sur le système circulatoire, ont été faites à diverses époques, même avant qu'on eût songé à placer le siège de l'épilepsie dans la moelle allongée.

Ainsi ils se basent sur les expériences faites par Astley Cooper pour étudier l'influence de la ligature des carotides sur la circulation cérébrale (1). Il résulte de ces expériences que lorsqu'on comprime avec les pouces les deux vertébrales, après la ligature des carotides, chez des lapins, il se produit des convulsions, qui se suspendent aussitôt qu'on cesse de comprimer les artères et se reproduisent aussitôt qu'on renouvelle la compression, d'où l'on conclut naturellement que l'anémie cérébrale est une cause puissante de mouve-

(1) Sir Astley Cooper, *Some experiments and observations on tying the carotide and vertebral arteries* (*Guy's hospital reports*, t. I, p. 357.)

ments convulsifs. Les expériences faites dans le même sens par Kussmaul et Tenner, physiologistes de Heidelberg, conduisirent leurs auteurs aux mêmes conclusions. Dans un travail très étendu, ces deux expérimentateurs attribuent à l'anémie du cerveau les convulsions de l'épilepsie (1); ils se basent principalement, pour soutenir leur opinion, sur les convulsions qui se produisent chez les animaux pendant l'hémorragie qui succède à l'ouverture des deux carotides.

Après les données de la physiologie humaine et les expériences faites sur les animaux, les auteurs dont nous parlons se sont encore appuyés sur des observations cliniques, consignées dans les annales de la science ou empruntées à leur propre pratique.

Ils ont cité des exemples nombreux d'épilepsie survenue à la suite de blessures, ou de lésions traumatiques variées, de diverses parties du corps ou de la tête, exemples réunis en grand nombre par certains auteurs sous le nom d'*épilepsies périphériques*. Ils en ont conclu que l'épilepsie n'avait pas sa cause première dans le système nerveux central, mais avait son véritable point de départ dans des lésions variées de diverses parties du corps, plus ou moins éloignées du cerveau. Cette conclusion paraît d'autant plus rationnelle, du moins dans certains cas, que quelques-unes de ces observations nous offrent une particularité bien remarquable : la cause périphérique de l'épilepsie une fois connue, on est parvenu dans quelques cas à guérir la maladie en supprimant cette cause, en amputant l'organe, ou même simplement en appliquant une ligature sur le membre porteur de la lésion. Schroeder Van der Kolk cite un exemple très curieux sous ce rapport. C'est celui d'une jeune fille qui, devenue épileptique à la suite de l'introduction d'un morceau de verre dans la paume de la main, fut radicalement guérie, au bout de plusieurs années, par la simple extirpation de ce morceau de verre, qui était la cause véritable de sa maladie.

Ces auteurs se sont basés également sur les faits assez nombreux d'épilepsie dans lesquels on observe, au début de l'attaque, une *aura*

(1) A. Kussmaul und A. Tenner, *Untersuchungen über Ursprung und Wesen der fallsüchtigen Zuckungen bei der Verblutung sowie der fallsucht ueberhaupt*, in *Moleschott's Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen ;* Heidelberg, 1858.

sensitive ou motrice. Considérant cette sensation périphérique comme le point de départ de la maladie, ils y ont trouvé une nouvelle preuve en faveur de leur opinion, au lieu d'y voir simplement, comme cela nous paraît plus exact, un premier symptôme de l'accès et un retentissement de la lésion centrale sur les extrémités. Enfin, les auteurs que nous analysons, non contents de rapporter les observations de lésions périphériques constatables d'une manière évidente, ou celles dans lesquelles les malades eux-mêmes accusent des sensations subjectives dans les extrémités, ont cherché à démontrer, dans d'autres cas plus douteux, l'origine périphérique de l'épilepsie, en la plaçant dans les viscères abdominaux ou dans toutes les parties de l'économie; ils ont publié, comme Schrœder Van der Kolk par exemple, des obervations d'épilepsie intestinale, rénale, utérine, génitale, etc.

Jusqu'à ces dernières années, les tentatives des divers auteurs pour étayer les théories physiologiques de l'épilepsie s'étaient bornées à ces trois ordres de preuves. Schrœder Van der Kolk a été plus loin : il a cherché une démonstration plus péremptoire de ses idées dans l'anatomie microscopique de la moelle allongée. Ayant fait l'autopsie de quatorze épileptiques morts pendant les attaques ou dans leurs intervalles, il a observé les lésions suivantes : il a d'abord rencontré une grande rougeur et une distension très marquée des capillaires dans le quatrième ventricule, pénétrant dans la moelle allongée, souvent à une grande profondeur. Les sections transversales de la totalité de cet organe, depuis le pont de Varole jusqu'à l'extrémité inférieure des corps olivaires, lui montrèrent la partie voisine du quatrième ventricule d'une couleur plus foncée qu'à l'état normal, et contenant des vaisseaux plus distendus, qui se dirigeaient soit vers les racines de l'hypoglosse dans les corps olivaires, soit vers celles du pneumogastrique et du spinal, soit des deux côtés à la fois. Lorsque le degré de rougeur était moindre, il était ordinairement limité à la moitié postérieure de la moelle. Dans la plupart des cas cependant, cette hypérémie s'étendait jusqu'aux corps olivaires, qui étaient souvent remplis de larges vaisseaux sanguins très dilatés. Cet auteur ne s'est pas borné à constater cette dilatation des vaisseaux à l'aide du microscope; il a mesuré les dimensions des vaisseaux capillaires hypérémiés, et, les comparant à ce qu'ils sont dans un cerveau

normal, il est arrivé aux résultats qui se trouvent résumés dans le tableau suivant :

ÉPILEPTIQUES	HYPOGLOSSE	CORPS olivaires	RAPHÉ	PNEUMOGASTRIQUE
	—	—	—	—
A. Qui se mordent la langue	0,306	8,315	0,355	0,237
B. Qui ne se mordent pas la langue. . . .	0,250	0,217	0,300	0,342
Différence.	+ 0,096 *A.*	+ 0,098 *A.*	+ 0,055 *A.*	+ 0,111 *B.*
Dimensions des vaisseaux dans la moelle allongée normale. .	0,097	0,052	0,148	0,064

Il résulte de ce tableau que le professeur hollandais ne s'est pas contenté de mesurer au microscope les dimensions des vaisseaux dilatés de la moelle allongée chez les épileptiques, par comparaison avec ceux de l'état normal, mais qu'il a poussé plus loin encore son investigation.

Établissant une distinction fondamentale entre les épileptiques qui se mordent la langue pendant les attaques et ceux qui ne se la mordent jamais, il a cherché à établir une relation entre ces deux ordres de faits et le siège des lésions qu'il a trouvées à l'autopsie. Il a découvert en effet que chez les épileptiques qui se mordent la langue, les vaisseaux capillaires étaient incomparablement plus développés dans le voisinage des racines de l'hypoglosse que près des origines des pneumogastriques, tandis que l'inverse avait lieu chez les épileptiques de la seconde catégorie.

Tant que la lésion de la moelle allongée se borne, chez les épileptiques à cette simple hypérémie, qui, selon Schrœder Van der Kolk, est plutôt l'effet des accès que leur cause, la maladie, selon lui, est encore curable. Mais l'hypérémie augmentant à chaque nouvel accès, chacun d'eux augmente ainsi les chances de persistance de la maladie. Peu à peu, des dépôts albumineux se forment autour des capillaires dilatés et ce travail pathologique, conséquence de l'hypérémie primitive, aboutit en définitive à la dégénérescence graisseuse, puis à l'induration, enfin au ramollissement, et alors la maladie est devenue tout à fait incurable.

SECONDE PARTIE

Examen critique des théories physiologiques de l'épilepsie.

Après avoir résumé les idées communes et les divergences des auteurs qui ont voulu rendre compte de l'épilepsie par la lésion du pouvoir réflexe de la moelle allongée, il nous reste maintenant à examiner si ces physiologistes ont atteint le but qu'ils se sont proposé et s'ils ont établi sur des bases solides leurs théories nouvelles. Sont-ils parvenus à détrôner le cerveau, qui, depuis la plus haute antiquité, a été considéré comme le siège principal de l'épilepsie, pour mettre à sa place la moelle allongée ? Ont-ils réussi à expliquer, d'une part, le mécanisme de l'accès convulsif et l'ordre de succession de ses symptômes; d'autre part, le mode de production de la maladie épileptique elle-même, et les lois qui président à l'évolution de ses divers phénomènes ? Telles sont les questions qu'il nous reste à examiner.

Les divergences nombreuses signalées entre les auteurs qui ont cherché à expliquer, par le pouvoir réflexe de la moelle allongée, le mécanisme de l'accès épileptique, doivent déjà faire réfléchir sur la valeur de ces explications, qui se combattent les unes par les autres. Les physiologistes, qui voudraient faire adopter cette théorie, devraient d'abord se mettre d'accord sur la manière dont ils comprennent la production d'un accès d'épilepsie et le mode de succession de ses symptômes. Or, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il y a entre eux, sous ce rapport, des dissidences très importantes. Ils croient tous, il est vrai, que le pouvoir normal des parties situées à la base de l'encéphale est surexcité par la maladie épileptique ; que dans cette surexcitation anormale réside la cause prédisposante, ou, si l'on aime mieux, la cause prochaine de la maladie. Mais combien ils diffèrent lorsqu'il s'agit de rechercher dans quelles conditions cette surexcitation survient de préférence; quelles sont les causes occasionnelles nécessaires pour la mettre en jeu et transformer cette prédisposition latente en cause active de mouvements convulsifs ! La faculté réflexe que possède la moelle allongée à l'état normal se compose de deux éléments distincts : l'aptitude à recevoir les impressions,

et la puissance de les réfléchir sur le système musculaire. On comprend donc que l'une de ces facultés puisse être supposée lésée isolément, et que chaque auteur accorde plus ou moins d'importance à l'une ou à l'autre de ces lésions ; de là des différences secondaires sur lesquelles nous ne pouvons insister. Mais il est d'autres éléments plus importants qui interviennent dans l'explication de ce pouvoir anormal que l'on attribue à la moelle allongée, et qui deviennent des motifs de discussion entre les partisans de la même théorie. Ces éléments sont de deux sortes : ils sont relatifs au point de départ de l'impression, qui met en mouvement cette puissance réflexe exaltée, et aux modifications de la circulation ou de la nutrition, qui rendent la moelle allongée plus ou moins apte à répercuter, sous forme de convulsions, sur le système musculaire, l'impression qu'elle a reçue.

Les auteurs que nous analysons pensent tous que le point de départ de l'attaque d'épilepsie peut se rencontrer dans toutes les portions du système nerveux ; que la sensation qui donne l'impulsion première à la faculté réflexe exaltée peut partir, soit du système nerveux périphérique, cérébro-spinal ou ganglionnaire, soit de la moelle ou du cerveau lui-même. Cela a lieu, par exemple, dans les maladies cérébrales qui donnent naissance à des mouvements convulsifs ; dans les épilepsies où l'on découvre, à l'autopsie, des lésions organiques du cerveau, de ses membranes, ou des os du crâne ; enfin, dans les cas où les attaques d'épilepsie surviennent sous l'influence d'une cause morale, ou bien sont précédées de prodromes sensoriaux ou psychiques qui dénotent une participation évidente du cerveau, devançant de quelques secondes ou de quelques heures la production des mouvements convulsifs. Mais quelle est la proportion relative de ces diverses origines de l'attaque sur un nombre total d'épileptiques? Cette origine est-elle plus fréquemment périphérique que centrale ? Voilà un point sur lequel peuvent surgir de nombreuses dissidences. Lorsqu'on constate à l'autopsie d'un épileptique la lésion d'une partie quelconque du système nerveux, doit-on lui rapporter l'origine des attaques, et placer dans l'organe qui en est le siège le point de départ véritable des accès? L'*aura epileptica*, lorsqu'elle existe, est-elle toujours un indice certain du lieu qui sert d'origine à la maladie ? Lorsque l'on ne trouve pas de lésion évidente, dans un point

quelconque du système nerveux périphérique ou central, doit-on, comme le fait Schrœder Van der Kolk, supposer que la cause de l'accès réside dans le système nerveux ganglionnaire? Faut-il se contenter par exemple de l'existence de la masturbation ou d'excès génésiques pour placer ce point de départ dans les organes génitaux, chez l'homme ou chez la femme, ou de troubles variés dans d'autres organes pour admettre une épilepsie rénale, utérine, etc., etc. ? Est-il nécessaire de supposer toujours une impulsion première, partant des nerfs, de la moelle allongée ? Cette faculté ne peut-elle pas arriver à un degré d'exaltation suffisant pour s'exercer spontanément, comme Brown-Séquard l'a constaté chez ses animaux, lesquels, après avoir eu besoin pendant quelque temps d'une stimulation de la peau de la face pour éprouver des mouvements convulsifs, ont fini par avoir des attaques épileptiques, même sans stimulation ? Enfin, dernière question la plus importante de toutes, l'altération admise dans la moelle allongée des épileptiques consiste-t-elle réellement dans un excès de force ou d'activité, ainsi que le disent la plupart des auteurs, en particulier Brown-Séquard et Schrœder Van der Kolk (qui compare l'accès épileptique à la décharge d'une bouteille de Leyde ou d'un poisson électrique), ou bien au contraire cette faculté pèche-t-elle par défaut et par absence, comme le soutiennent le Dr Radcliffe, et Kussmaul et Tenner ? Voilà bien des questions qui sont loin d'être résolues, et sur lesquelles discutent très longuement les auteurs qui nous occupent.

Les différences que nous constatons entre eux, relativement à l'origine et à la nature essentielle de l'altération de la moelle allongée, nous les retrouvons quand nous recherchons avec eux quel peut être son mode de production.

Schrœder Van der Kolk a étudié avec le plus grand soin cette question délicate. Il a admis que la moelle allongée étant surexcitée dynamiquement par une influence nerveuse, partie soit de la périphérie, soit du cerveau, il s'établit, à chaque accès épileptique, dans la substance intime, une congestion artérielle intense, qui donne lieu à une dilatation des capillaires ; celle-ci, d'abord temporaire, se reproduit au même degré à chaque nouvel accès et finit par devenir définitive. Ainsi, chez les épileptiques, tout accès nouveau doit être considéré comme la cause prédisposante d'accès ulté-

rieurs. Cette congestion artérielle permanente, due à la dilatation des capillaires, entretient, par la présence d'une plus grande quantité de sang, une nutrition plus active, partant une suractivité de la fonction normale de cet organe. L'effet devenant cause à son tour, la maladie marche peu à peu vers l'incurabilité. L'afflux considérable du sang dans les capillaires dilatés entraîne à sa suite une exsudation albumineuse à travers les parois de ces vaisseaux, qui ne tardent pas à s'épaissir, puis à s'indurer. De l'induration à la transformation graisseuse, de celle-ci au ramollissement, le passage est lent mais successif. Ainsi s'expliquent, d'après cet auteur, les divers degrés des lésions qu'il a constatées dans la moelle allongée de 14 épileptiques. Dans sa pensée, elles ne sont pas la cause véritable de la maladie, mais les effets de la lésion primitivement dynamique, due à un afflux considérable de sang artériel et à une modification de la nutrition dans les cellules ganglionnaires de la moelle allongée.

Les auteurs que nous analysons sont loin d'admettre tous au même degré cette filiation des phénomènes établie par le professeur hollandais ; quelques-uns même, comme le Dr Radcliffe et les physiologistes de Heidelberg, croyant à l'anémie cérébrale et à la suspension des fonctions de la moelle allongée, pendant toute la durée de l'accès épileptique, ne peuvent accepter l'interprétation proposée par Schrœder Van der Kolk, laquelle repose entièrement sur la supposition opposée de la congestion artérielle et de la distension des capillaires. Mais ce n'est pas seulement dans l'appréciation de la lésion intime de la moelle allongée et des causes variées qui lui donnent naissance, c'est aussi dans l'étude du mode de production des phénomènes de l'accès, que se manifestent de nouvelles divergences entre les auteurs dont nous nous occupons.

Une différence importante existe d'abord entre la théorie de Marshall-Hall et celle des physiologistes qui sont venus après lui, relativement au début même de l'attaque épileptique. Tous les auteurs dont nous parlons ont pris pour type de l'accès épileptique les faits exceptionnels dans lesquels on peut assister à l'évolution des phénomènes de la première période, et les étudier isolément, en en suivant, pendant quelques secondes, l'apparition successive.

Dans ces cas d'épilepsie incomplète, le malade commence par éprouver une sensation douloureuse, ou un spasme musculaire, dans une partie quelconque du corps; cette sensation remonte rapidement jusqu'au cerveau. On constate d'abord quelques légères contractions dans les muscles de la face; le malade pousse un cri; sa gorge se resserre, sa respiration s'embarrasse; il perd connaissance; il tombe; il est pris alors de convulsions générales, toniques, puis cloniques, et bientôt survient la période d'asphyxie, puis celle de torpeur. C'est en se basant sur des exemples de ce genre, dans lesquels le début de l'attaque est en quelque sorte décomposé naturellement dans ses divers éléments, qui se succèdent à courts intervalles, au lieu de survenir brusquement et tous ensemble, que Marshall-Hall a été conduit à proposer son interprétation du mécanisme de l'accès épileptique. Il a admis que le centre spinal (c'est-à-dire les parties blanches situées à la base de l'encéphale), recevant une impulsion sensitive provenant du système nerveux périphérique ou du cerveau lui-même, la réfléchissait immédiatement, par l'intermédiaire des nerfs qui en émergent, d'abord sur les muscles de la face et du cou, puis sur ceux de la poitrine; que la contraction de ces muscles déterminait la gêne de la respiration, la stase sanguine dans le cerveau, et produisait ainsi indirectement la perte de connaissance et les convulsions générales. C'est pourquoi il a proposé comme moyen thérapeutique, non pas pour guérir l'épilepsie due à l'irritation de la moelle allongée, mais les conséquences graves de ses attaques, la trachéotomie. En ouvrant un large passage à l'air et en remédiant ainsi aux inconvénients de l'occlusion de la glotte, elle empêcherait, selon lui, la congestion veineuse dans le cerveau, partant la production des symptômes les plus graves de l'accès. Il n'a pas été difficile aux médecins qui ont examiné de près la théorie de Marshall-Hall de démontrer que cette succession des phénomènes du début de l'accès, telle qu'il l'avait supposée, était absolument contraire à l'observation clinique; que les succès peu nombreux, obtenus à l'aide de la trachéotomie dans quelques cas exceptionnels, ne pourraient se généraliser, attendu que l'on peut laisser un libre passage à l'air pendant la première période des accès épileptiques, sans empêcher l'accès de continuer, les symptômes principaux n'étant pas dus, comme il le croyait, à la stase sanguine dans le

cerveau (1). Marshall-Hall, en publiant cette théorie pour expliquer le mécanisme des symptômes dans les attaques d'épilepsie, semble avoir complètement perdu de vue ce fait capital, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, à savoir que, dans tout accès d'épilepsie véritable, la perte de connaissance est l'élément primitif et principal; qu'il est le premier dans l'ordre de succession des phénomènes et dans l'ordre d'importance; qu'il précède les convulsions, coïncide du moins avec leur apparition, et ne leur succède que très rarement; enfin qu'il existe toute une classe d'attaques épileptiques, connues sous le nom de *vertiges* et d'*absences*, dans lesquelles la perte de connaissance existe seule sans convulsions, ou bien avec des convulsions partielles très limitées, le plus souvent même sans coloration bleuâtre de la face, sans signes de congestion cérébrale, de stase veineuse ni d'asphyxie. Il n'a donc pas été difficile aux physiologistes venus après Marshall-Hall, et qui ont adopté le principe général de sa théorie, de réfuter l'interprétation erronée qu'il avait donnée du mécanisme de la première période de l'accès, en subordonnant la perte de connaissance à la contraction des muscles du cou et du larynx. Ce qui était plus difficile, c'était de découvrir un autre moyen de rendre compte de la perte de connaissance, en admettant que la cause prochaine de l'épilepsie résidât dans la moelle allongée. En effet, le principal obstacle que rencontre toute théorie qui veut expliquer les phénomènes de cette maladie par l'altération d'un organe autre que le cerveau consiste toujours dans ce fait, que la suspension subite des fonctions intellectuelles, sensitives et volontaires, marque le début de tout accès épileptique, quelquefois même le constitue tout entier, et ne peut être rapportée raisonnablement qu'à la lésion de l'organe qui préside, à l'état normal, à l'accomplissement de ces fonctions. Je sais bien que l'on objecte à ceux qui prétendent placer dans le cerveau proprement dit le siège de l'épi-

(1) Le Dr Reynolds raconte (p. 268) avoir vu, chez un malade opéré à l'aide de la trachéotomie par le Dr A. Thompson, sur la demande de Marshall-Hall l'accès épileptique parcourir toutes ses périodes, malgré l'ouverture de la canule. Il cite en outre l'exemple, emprunté au Dr Andrea Verga (*Schmidt's Jahrbücher*, t. IV; 1852), d'un épileptique qui avait une fistule s'ouvrant dans la trachée, et qui, pendant ses crises, passait par toutes les phases de l'accès, soit qu'on bouchât, soit qu'on laissât libre cette ouverture.

lepsie, qu'il semble incompréhensible que cet organe puisse en même temps être paralysé dans l'ensemble de ses facultés et surexcité au contraire dans ses fonctions motrices ; mais cette difficulté qu'on oppose aux partisans de l'altération primitive du cerveau, subsiste également dans la théorie qui attribue l'épilepsie à la lésion de la moelle allongée.

Il est étrange, en effet, que la congestion artérielle, la stase veineuse, ou l'anémie cérébrale qui, selon les divers auteurs, paralysent le cerveau dans ses fontions, aux différentes phases de l'accès épileptique, surexcitent au contraire la moelle allongée dans les facultés qui lui appartiennent à l'état normal. Pour faire cesser cet antagonisme, il faudrait supposer, avec Henle, que les parties supérieures de l'encéphale pourraient être anémiées, tandis que celles de la base seraient hypérémiées : ou bien encore, il faudrait croire, avec le Dr Radcliffe, que la moelle allongée est réellement paralysée dans ses fonctions, comme le cerveau, pendant l'attaque épileptique, et que les mouvements convulsifs sont dus à l'action spontanée du système musculaire. Néanmoins nous devons reconnaître que le Dr Brown-Séquard, en s'appuyant sur les expériences de Claude Bernard, a découvert un moyen très ingénieux de rattacher à la lésion de la moelle allongée la perte de connaissance, en même temps que les convulsions. Il a admis, comme nous l'avons déjà dit, que, dès le début de l'accès épileptique, la moelle allongée, surexcitée maladivement, déterminait à la fois les convulsions générales, par l'intermédiaire du système nerveux cérébro-spinal, et la contraction spasmodique des tuniques artérielles du cerveau, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs ; qu'elle produisait ainsi la perte de connaissance, d'abord par anémie cérébrale, comme dans la syncope, tant que durait cette contraction, puis bientôt par congestion artérielle et veineuse, lorsqu'à la contraction vasculaire avait succédé la dilatation des vaisseaux capillaires. Ce mécanisme très ingénieux, qui a été immédiatement adopté par tous les partisans de la théorie réflexe, et substitué à l'explication tout à fait insuffisante donnée par Marshall-Hall, mériterait de devenir l'objet d'un examen attentif, au point de vue expérimental et clinique ; il aurait besoin, pour être définitivement accepté, d'être soumis au contrôle de nouvelles expérimentations et de reposer sur un plus grand nombre de preuves. Cependant,

il faut avouer que si l'on admet la vérité du point de départ, c'est-à-dire la lésion initiale de la moelle allongée, comme cause prochaine des accès épileptiques, il semble difficile de rattacher l'un à l'autre les deux symptômes essentiels de l'épilepsie par un lien plus intime et plus vraisemblable. Les auteurs qui acceptent cette explication de la perte de connaissance admettent en outre, comme conséquence naturelle, que dans les cas où elle existe seule sans convulsions, c'est-à-dire dans les cas de vertiges ou d'absences simples, la moelle allongée n'agit alors que sur les nerfs vaso-moteurs du cerveau et n'exerce plus son action réflexe sur les nerfs du système cérébro-spinal. Resterait à expliquer pourquoi, dans ces cas, cette action reste ainsi isolée, mais les auteurs dont nous parlons n'ont pas encore abordé cette difficulté.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des interprétations données par les auteurs qui nous occupent pour rendre compte des autres phénomènes qui marquent la première période de l'accès épileptique. La pâleur de la face, le cri initial, la chute, la dilatation des pupilles, la faiblesse du pouls, la lenteur des mouvements du cœur, deviennent pour chacun d'eux l'objet d'explications variées et souvent contradictoires : la gêne de la respiration par exemple, qui indique le passage de la première à la seconde période, est attribuée par les uns, en particulier par Marshall-Hall, à la compression des veines jugulaires par la contraction spasmodique des muscles du cou, et à l'occlusion de la glotte par le spasme des muscles du larynx, qui a lieu, selon lui, dès le début de l'accès ; d'après Brown-Séquard au contraire, et les auteurs que nous analysons, la gêne de la respiration serait due principalement à l'immobilisation des parois thoraciques, produite par l'inaction du diaphragme et des autres muscles respirateurs.

Les mêmes dissidences que nous constatons entre les auteurs quand il s'agit d'expliquer les phénomènes du premier stade de l'accès, nous les retrouvons lorsque nous arrivons à la seconde période. Ils reconnaissent tous que, pendant cette période, ou période clonique, la perte de connaissance et les convulsions continuent, et que l'on commence à constater des signes extérieurs de congestion cérébrale ; mais l'interprétation du mode de production de ces symptômes varie singulièrement pour chacun d'eux.

Marshall-Hall attribue la persistance des symptômes primitifs à la continuation des mêmes causes qui leur avaient donné naissance à la première période, c'est-à-dire à la congestion cérébrale, laquelle serait due à l'obstacle qu'opposent le laryngisme et le trachélisme au retour du sang veineux venant de l'encéphale.

Les auteurs, au contraire, qui ont adopté la manière de voir de Brown-Séquard et qui croient à l'anémie cérébrale pendant le premier stade de l'accès sont obligés d'avoir recours à une nouvelle explication, pour rendre compte de la persistance de la perte de connaissance et des convulsions pendant le second stade.

Ils admettent que les vaisseaux du cerveau, d'abord fortement contractés sous l'influence des nerfs vaso-moteurs, ne tardent pas à se dilater brusquement, par la cessation du spasme tonique et à permettre ainsi l'afflux considérable du sang artériel, bientôt accompagné de la stase veineuse, déterminée elle-même par la gêne de la respiration, l'immobilisation des parois du thorax et par l'asphyxie qui en est la conséquence naturelle.

Mais ici surgissent des explications différentes pour rendre compte des mêmes symptômes. Les uns pensent que la compression cérébrale, due à la quantité plus grande de sang artériel ou veineux qui séjourne dans le cerveau, est la cause véritable des phénomènes observés à cette période. Schrœder Van der Kolk, par exemple, croit que le sang artériel, arrivant en grande quantité dans les capillaires de la moelle allongée, excite les propriétés réflexes de cet organe et détermine ainsi les convulsions générales. Il ajoute que la congestion artérielle et veineuse, qui existe en même temps dans tout l'encéphale, entretient la perte de connaissance, c'est-à-dire la suspension des fonctions sensitives et intellectuelles, laquelle avait été produite primitivement par l'anémie cérébrale et qui se trouve perpétuée par la cause inverse. Le Dr Brown-Séquard constate également l'afflux du sang au cerveau dans cette période, mais il rapporte à l'action du sang veineux ce que le professeur hollandais fait dépendre du sang artériel. Des expériences nombreuses auxquelles il s'est livré, relativement à l'influence toxique du sang veineux chargé d'acide carbonique sur les centres nerveux, cet habile physiologiste conclut que le sang noir, mis en contact avec ces organes, possède la double propriété de les irriter d'abord, de

les stupéfier ensuite. Ces résultats de l'expérimentation lui servent à expliquer les symptômes observés pendant le deuxième et le troisième stade de l'accès épileptique. Le sang noir, séjournant dans le cerveau et en particulier dans les parties situées à la base de l'encéphale, détermine d'abord une excitation plus grande de ces organes et augmente ainsi l'intensité des convulsions, produites primitivement par une excitation purement nerveuse ; peu à peu le sang veineux, continuant à affluer, exerce alors sa propriété stupéfiante : de là la cessation des convulsions et la production du coma, de la somnolence et de la période de stertor ; mais alors, les convulsions cessant de se produire, le diaphragme et les muscles des parois thoraciques ne tardent pas à reprendre leurs fonctions, la respiration se rétablit, le sang noir se transforme de nouveau en sang rouge, et celui-ci, arrivant à son tour au cerveau, contre-balance l'action stupéfiante du sang veineux et permet à toutes les parties de l'encéphale de reprendre plus ou moins rapidement l'exercice de leurs fonctions normales.

Ainsi s'explique naturellement, d'après Brown-Séquard, par l'action toxique spéciale du sang veineux, l'ordre de succession des phénomènes de la deuxième et de la troisième période de l'attaque épileptique.

Mais il existe encore une autre explication de ces symptômes. Le Dr Radcliffe, ainsi que Kussmaul et Tenner, fidèles à leur théorie sur l'anémie cérébrale, comme cause de la suspension des fonctions de l'encéphale, aussi bien dans le cerveau que dans la moelle allongée, n'admettent ni l'interprétation de Schrœder Van der Kolk relative à l'excès du sang artériel, ni celle de Brown-Séquard qui repose sur l'action toxique du sang veineux, pour rendre compte des phénomènes de la deuxième période de l'accès épileptique.

Ils pensent que l'absence de sang artériel est, dans les deux périodes, la cause unique de tous les symptômes ; que si dans la première, le sang artériel fait défaut par suite de la contraction des capillaires, il manque également dans la seconde, puisqu'il est remplacé par du sang veineux, lequel agit en paralysant l'action propre des diverses parties de l'encéphale. Pour ces auteurs, l'absence du sang rouge dans le cerveau et la moelle allongée, est donc la cause

véritable et unique de la perte de connaissance et des convulsions, à toutes les phases de l'attaque épileptique.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'examen des preuves expérimentales et cliniques que chacun de ces physiologistes fait valoir à l'appui de l'opinion particulière qu'il défend.

Nous nous contenterons de leur faire une objection qui s'applique également à tous, et qui est relative à la cessation des attaques. Cette objection a déjà été posée en 1831, par Foville père (1). S'adressant à ceux qui, dès cette époque, voulaient expliquer les accès d'épilepsie par la congestion générale de l'encéphale, sans spécifier aucune de ses parties ni le mode d'action particulier de la congestion, il leur posait cette question : Si la congestion cérébrale est la cause prochaine des attaques d'épilepsie, c'est-à-dire de la perte de connaissance et des convulsions, comment se fait-il que ces symptômes surviennent au moment où la congestion est moins intense, lorsqu'il y a par exemple pâleur de la face, et que d'un autre côté, ces deux phénomènes cessent brusquement, précisément lorsque la congestion artérielle et veineuse sont arrivées à leur summum ; en un mot, que l'épileptique reprenne tout à coup connaissance à l'instant même où l'asphyxie est à son comble ?

Les défenseurs de la théorie que nous combattons ont répondu à cette objection pour le début de l'attaque, en attribuant la perte de connaissance à l'anémie cérébrale et non à la congestion; mais, pour la terminaison de l'accès, l'objection subsiste dans toute sa force. Quelle que soit en effet l'explication adoptée pour rendre compte des symptômes de la deuxième et de la troisième période, ces phénomènes sont attribués par les auteurs que nous venons de citer à un même fait, dont ils constatent tous l'existence, tout en différent sur son interprétation, à savoir : la stase veineuse et l'influence toxique du sang veineux sur les diverses parties de l'encéphale.

Eh bien, si la présence du sang veineux est la cause véritable de la perte de connaissance, à la période de coma, comment se fait-il que la connaissance reparaisse tout à coup chez les épileptiques alors que cette stase veineuse est arrivée à son plus haut degré d'intensité?

(1) Foville, article *Epilepsie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; Paris, 1831.

Nous avons indiqué tout à l'heure comment le Dr Brown-Séquard, et ceux qui ont adopté sa manière de voir, ont cherché à échapper à cette objection, mais nous pensons qu'ils n'ont pas par là détruit sa valeur.

Notre intention n'est pas de discuter et de combattre successivement les opinions que nous venons d'exposer, sur le mécanisme et l'ordre de succession des symptômes qui constituent les trois périodes de l'attaque épileptique. En opposant les unes aux autres ces explications disparates ; en faisant ressortir les dissidences capitales qui existent entre les auteurs pour l'interprétation des mêmes phénomènes, nous ne nous sommes proposé qu'un seul but. Nous avons voulu démontrer, que la question du siège de l'épilepsie dans la moelle allongée était loin d'être résolue ; que l'interprétation physiologique de l'accès épileptique et du mode de succession de ses divers symptômes était loin de reposer sur des bases solides et définitives, pouvant satisfaire à la fois le physiologiste et le clinicien.

Mais là ne se borne pas la tâche que nous nous sommes imposée. Une dernière considération mérite encore de nous arrêter avant de terminer la revue critique que nous avons entreprise des théories nouvelles de l'épilepsie. En supposant que ces théories aient réussi à rendre compte du mécanisme des accès convulsifs, auraient-elles expliqué par là la production de la maladie épileptique elle-même ? Telle est la question qu'il nous reste maintenant à examiner à la fin de ce travail.

Lorsqu'on étudie attentivement l'ensemble des symptômes dont la réunion constitue l'épilepsie, il est presque impossible, selon nous, de ne pas rapporter au cerveau proprement dit le siège véritable de cette maladie. Soit qu'on envisage le paroxysme convulsif lui-même, soit qu'on fixe son attention sur les symptômes qui le précèdent ou le suivent, ou sur ceux qui existent chez les malades dans l'intervalle des accès, l'intervention nécessaire du cerveau, comme cause principale de tous les phénomènes, s'impose à tous avec évidence.

Quel est en effet le symptôme essentiel, indispensable, de l'épilepsie ? N'est-ce pas la perte de connaissance, beaucoup plus encore que les convulsions ? On cite, il est vrai, quelques faits très rares d'épilepsie incomplète, avec convulsions partielles ou générales, sans perte absolue de connaissance ; mais combien ces faits sont peu

nombreux, si on les compare à ceux dans lesquels on constate précisément le phénomène inverse, c'est-à-dire la perte de connaissance subite et complète, sans aucun phénomène convulsif ou du moins avec des convulsions partielles très limitées et à peine apparentes. Tant qu'on n'aura pas rayé du cadre de l'épilepsie ces faits si fréquents d'absences, de vertiges, de *petit mal* en un mot, dans lesquels la suspension absolue des fonctions cérébrales représente à elle seule tout l'accès, ou le caractérise essentiellement, il faudra renoncer à placer ailleurs que dans le cerveau le siège principal de l'épilepsie. Or, pour retrancher du domaine de cette maladie tous les cas où la perte de connaissance existe seule, ou bien masque presque complétement de légers phénomènes convulsifs, il faudrait rompre avec toute la tradition du passé ; il faudrait méconnaître les liens évidents et indissolubles dont les faits démontrent à chaque instant l'existence entre ces deux formes du mal épileptique ; il faudrait nier que ces deux manifestations d'une même maladie coïncident souvent chez un même malade, alternent à de courts intervalles, ou se remplacent à différentes périodes, de telles sorte que la constatation de l'une d'elles peut permettre d'affirmer la coexistence ou de prévoir l'apparition ultérieure de l'autre.

Mais ce ne sont pas là les seuls arguments en faveur de l'origine primitivement cérébrale de l'épilepsie. Les auteurs que nous combattons, pour appuyer leur théorie de l'action réflexe de la moelle allongée, ont eu tous le tort très grave de perdre de vue les résultats généraux fournis par l'observation clinique et d'élever des faits exceptionnels au rang d'une loi générale.

Ils se sont basés sur les faits, rapportés en grand nombre par les auteurs anciens, d'épilepsie sympathique, dans lesquels l'observation ou l'expérimentation ont semblé faire découvrir le point de départ de la maladie dans une partie du corps plus ou moins éloignée du cerveau. Ils ont accumulé des exemples de lésions traumatiques ou pathologiques, siégeant dans les membres ou dans les organes intérieurs, qui pouvaient être considérées comme la cause première des convulsions épileptiques. Ils ont cherché dans l'*aura epileptica*, qui n'est le plus souvent qu'un premier symptôme de l'accès, une nouvelle preuve de l'origine périphérique de certaines attaques épileptiques. Enfin, ils ont cité quelques cas plus probants, dans lesquels une

opération quelconque, ou même une simple ligature, pratiquées sur le membre porteur de la lésion, avaient suffi pour suspendre ou même pour guérir complétement des accès d'épilepsie. Nous sommes loin certainement de nier ces faits exceptionnels, rapportés par des auteurs sérieux, dans tous les pays et à toutes les époques de l'histoire de la médecine. Mais, si l'on abandonne le domaine de l'histoire pour se transporter sur le terrain de l'observation actuelle, combien trouverait-on d'exemples bien constatés d'épilepsie sympathique, dont le point de départ périphérique fût rigoureusement démontré? Combien de cas où l'existence de l'*aura epileptica*, sous une forme ou sous une autre, puisse être regardée comme une preuve certaine du lieu d'origine de l'accès, au lieu d'être envisagée, ainsi que nous le croyons, comme un simple retentissement de la lésion centrale sur les extrémités, ou comme un symptôme prodromique des attaques. Combien enfin pourrait-on citer d'exemples authentiques de guérison d'épilepsie, obtenues à l'aide d'opérations chirurgicales, pratiquées sur la partie qu'on suppose être le véritable point de départ de l'accès? Et c'est sur des faits aussi exceptionnels, souvent aussi contestables, que les auteurs dont nous parlons veulent faire reposer une théorie générale de l'épilepsie! C'est en se basant sur les cas les plus rares qu'ils prétendent expliquer les faits habituels! C'est en supposant une origine périphérique, dans les parties externes ou dans les organes intérieurs animés par le grand sympathique, lorsqu'ils ne peuvent avec certitude en démontrer l'existence, qu'ils prétendent déposséder le cerveau de sa suprématie comme cause première et principale des accès épileptiques!

Il est juste de dire, en effet, que les auteurs que nous analysons n'ont pas été jusqu'à refuser au cerveau proprement dit toute participation active dans l'accès d'épilepsie. Les faits auraient protesté trop fortement contre cette prétention, s'ils l'avaient manifestée; mais ils ont assimilé complétement l'action du cerveau à celle des nerfs périphériques, soit du système cérébro-spinal, soit du système ganglionnaire; ils ont soutenu que la moelle allongée étant le centre d'où partait réellement le paroxysme convulsif, il importait peu que l'impulsion première de cette action réflexe se trouvât dans les nerfs, dans le grand sympathique ou dans le cerveau. Ainsi donc, non seulement ils ont exagéré outre mesure la fréquence de l'origine

périphérique de l'épilepsie, mais dans les cas (qu'ils ont réduit environ à la moitié du chiffre total) où ils ont bien voulu admettre l'origine cérébrale de l'accès, ils lui ont refusé l'importance qui lui appartenait naturellement ; ils l'ont placée sur le même rang que l'impulsion partant d'un nerf de la périphérie ; ils n'ont vu dans cette impulsion cérébrale, comme dans celle provenant des extrémités nerveuses, qu'une cause occasionnelle, qui met en mouvement le pouvoir spécial de la moelle allongée, véritable cause prochaine de l'épilepsie.

C'est là, selon nous, une interprétation erronée des faits ; c'est une interversion complète dans l'ordre naturel de subordination et d'importance des phénomènes. En admettant même que le pouvoir réflexe de la moelle allongée fût la cause réelle des mouvements convulsifs (ce qui, pour nous, est encore loin d'être démontré), on devrait du moins n'y voir qu'un fait secondaire dans la succession des symptômes qui constituent un accès d'épilepsie. Au lieu de reléguer sur le second plan l'impulsion première partie du cerveau, il faudrait lui restituer la priorité qui lui appartient, la prééminence qu'on lui a toujours accordée et que l'on aurait grand tort de chercher à lui enlever. Tout démontre, en effet, non seulement dans l'accès épileptique, mais dans les symptômes et la marche de la maladie elle-même, que la part prépondérante revient incontestablement au cerveau, comme cause première des phénomènes observés.

Que deviendrait l'action des causes morales, et en particulier de la frayeur et des émotions de tout genre, qui donnent lieu si souvent à l'épilepsie, si l'on cessait de placer dans le cerveau proprement dit le siège de l'épilepsie ? Que deviendraient les lésions constatées dans les os du crâne, dans le cerveau ou dans ses membranes, chez un grand nombre d'épileptiques ?

Comment pourrait-on expliquer que l'accès épileptique fût si souvent précédé, immédiatement ou plusieurs jours à l'avance, de symptômes cérébraux variés, dans l'ordre des sensations spéciales, de la sensibilité générale, des mouvements ou de l'intelligence? Comment se rendre compte des visions, des hallucinations des autres sens, de la torpeur ou de l'excitation, des sensations douloureuses, du malaise, du sentiment de bien-être, en un mot des phénomènes cérébraux si divers qui figurent, dans toutes les descriptions, parmi les

prodromes immédiats ou éloignés des accès, et que l'on constate chez un si grand nombre d'épileptiques ? Comment comprendre enfin que des symptômes du même genre se produisent après les accès comme auparavant, si le cerveau ne jouait pas un rôle principal et prédominant dans toute attaque d'épilepsie ?

Mais la preuve la plus puissante, la plus irréfutable selon nous, en faveur de la thèse que nous soutenons, réside dans l'étude des lésions si fréquentes de l'intelligence chez les épileptiques. Plus on aura parcouru ce terrain, encore peu exploré, des relations nombreuses qui existent, chez beaucoup d'épileptiques, entre les troubles de l'intelligence et les troubles de la motilité ; plus on sera convaincu, comme nous le sommes nous-même, que la plupart de ces malades présentent, à diverses périodes de leur affection, des perturbations spéciales des facultés intellectuelles et affectives ; que ces phénomènes caractérisent la maladie au même degré que les mouvements convulsifs et la perte de connaissance ; qu'ils alternent avec ces symptômes, les remplacent, quelquefois même s'y substituent ; qu'ils ne sont que des manifestations différentes d'un même état morbide et qu'ils permettent d'en affirmer l'existence, même en l'absence des symptômes habituels de cette affection, plus on arrivera forcément à cette conclusion : que l'épilepsie est une maladie essentiellement cérébrale ; que dans le cas même où la physiologie moderne démontrerait la nécessité de faire intervenir la moelle allongée, pour expliquer, par son action réflexe, la production des mouvements convulsifs, cette intervention ne pourrait être que très secondaire, et devrait toujours être subordonnée à la maladie du cerveau, ainsi qu'on l'admet du reste pour les autres affections de l'encéphale, qui s'accompagnent également de mouvements convulsifs, sans qu'on ait jamais songé à en placer le siège dans la moelle allongée.

X

ÉTAT MENTAL DES ÉPILEPTIQUES (1)

— 1860 —

L'épilepsie est une maladie cérébrale qui entraîne fréquemment à sa suite des troubles intellectuels. Tous les auteurs qui ont écrit sur cette affection, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, ont signalé ce fait important dans son histoire. On en est même venu aujourd'hui à admettre que tous les épileptiques, sans exception, présentent, à un certain degré, des perturbations de l'intelligence ou du caractère, et qu'aucun d'eux ne peut être considéré comme absolument sain d'esprit. Cette opinion est évidemment exagérée ; elle compte néanmoins des partisans très convaincus, et cette exagération même prouve tout à la fois la fréquence des lésions intellectuelles chez les épileptiques et l'intérêt que peut présenter leur étude.

Les principaux résultats auxquels on est arrivé jusqu'à présent, relativement aux troubles intellectuels de l'épilepsie, peuvent se résumer dans quelques propositions générales. Indépendamment des troubles passagers qui précèdent, accompagnent ou suivent immédiatement les attaques, et qui en font en quelque sorte partie intégrante, la plupart des auteurs ont noté que les accès d'épilepsie fréquemment répétés, à intervalles très rapprochés, amènent peu à peu un affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé, et conduisent progressivement les malades qui en sont atteints à la démence et à l'idiotisme. On admet, en outre, que le caractère des épileptiques se modifie à la longue par suite de la répétition fréquente des attaques ; que ces malades deviennent irritables, colères, difficiles à vivre, et qu'ils présentent ainsi, dans leur manière d'être et dans leur conduite, des anomalies, des bizarreries, qui les rendent différents des autres hommes et de ce qu'ils étaient eux-mêmes autrefois.

(1) *Archives de médecine*, 1860 et 1861.

Enfin on a signalé, comme complication fréquente de l'épilepsie, les accès de manie avec fureur, qui succèdent aux accès épileptiques ou alternent avec eux, et qui portent ces malades aux actes les plus violents, souvent même les plus dangereux. Là se borne à peu près ce qui est généralement admis par tous les médecins relativement aux perturbations mentales de l'épilepsie. A l'exception de quelques auteurs qui ont étudié avec plus de soin les caractères particuliers du délire épileptique (1), on ne trouve, dans la plupart des ouvrages écrits sur cette maladie, que les propositions générales que nous venons d'énoncer rapidement.

Sous le rapport de la médecine légale, la question de la responsabilité des épileptiques est encore très controversée. Lorsqu'un acte violent, justiciable des tribunaux, a été commis par un épileptique, les magistrats regardent tout au plus cette maladie comme une circonstance atténuante en faveur de l'accusé. Ils le condamnent très souvent comme criminel, dans la pensée qu'il était sain d'esprit au moment de l'accomplissement de l'acte, et que la maladie convulsive ne peut être considérée comme une cause suffisante pour enrayer la liberté morale. On veut bien reconnaître quelquefois l'irresponsabilité, lorsque l'acte incriminé a eu lieu à une époque très rapprochée de l'attaque épileptique, soit avant, soit après ; mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'est produit dans l'intervalle des attaques. Tout ce que les médecins légistes ont pu obtenir sous ce rapport a été de fixer l'espace de trois jours, avant ou après les accès, comme la limite extrême de l'irresponsabilité des épileptiques.

D'après ces indications sommaires, on voit que, soit au point de vue de la description scientifique, soit sous le rapport de la médecine légale, l'état mental des épileptiques est entièrement subordonné aux attaques convulsives, dont il est considéré comme une simple complication accidentelle. Or, cet état mental mérite qu'on lui accorde une plus grande importance. Il doit être étudié indépendamment des attaques convulsives, qui peuvent bien déterminer sa production,

(1) Cavalier, *De la fureur épileptique;* thèse de Montpellier, 1850. — Morel, *Études cliniques sur les maladies mentales*, t. II; 1853. — Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860. — Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, 1854. — Aubanel, *Rapport médico-légal sur le nommé Maurin* (*Annales médico-psychologiques*, 1856). — Guillermin, *De la Manie épileptique*; thèse de Paris, 1857.

mais qui peuvent aussi n'avoir avec lui qu'une relation plus éloignée. Nous pensons qu'on doit, à cet égard, intervertir l'ordre généralement adopté : au lieu de conclure de l'épilepsie au délire, on doit chercher à remonter du délire à l'épilepsie. Nous croyons qu'on peut découvrir dans ce délire, à l'aide d'une observation attentive, des caractères assez spéciaux pour faire soupçonner son origine épileptique, même en l'absence des attaques convulsives.

Cette étude, intéressante pour la science, en permettant la description d'un délire spécial sous le nom de *délire épileptique*, est surtout utile pour la médecine légale, en faisant reposer l'appréciation des actes imputés aux épileptiques, non seulement sur l'existence d'une maladie convulsive qui donne lieu souvent à des troubles intellectuels, mais sur la connaissance exacte de ces troubles eux-mêmes, constatés au moment de l'acte incriminé.

Étudier les caractères spéciaux du délire épileptique, ses rapports avec les vertiges ou les attaques convulsives, et indiquer les conséquences de cette étude pour la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés : tel est le but que nous nous proposons dans ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

Description des troubles intellectuels observés chez les épileptiques.

Les troubles intellectuels que l'on observe chez les épileptiques doivent être divisés en trois catégories principales :

1° Ceux qui se produisent avant, pendant ou après l'attaque épileptique, et qui peuvent être considérés comme un simple épiphénomène de l'accès convulsif ;

2° Ceux que l'on constate habituellement chez ces malades pendant les intervalles de leurs attaques ;

3° Enfin ceux qui ont une plus longue durée, qui constituent une véritable folie, et qui surviennent sous forme d'accès méritant une description spéciale, soit en relation directe avec les attaques convulsives, soit d'une manière indépendante.

Nous allons étudier successivement les perturbations psychiques des épileptiques dans ces trois conditions différentes.

1° *Troubles intellectuels passagers des épileptiques avant, pendant et après leur accès.*

Les attaques convulsives de l'épilepsie surviennent le plus souvent d'une manière subite, sans être annoncées par aucun symptôme, soit physique, soit moral, qui puisse en faire prévoir l'apparition prochaine. Mais il n'en est pas toujours ainsi. De même que divers troubles physiques peuvent précéder l'épilepsie, de quelques minutes ou de quelques heures, par exemple divers genres de malaise, la céphalalgie, les vomissements, des douleurs variées, ou bien les symptômes sensitifs ou musculaires auxquels on a donné le nom générique d'*aura epileptica ;* de même aussi les accès convulsifs de l'épilepsie peuvent être précédés, soit immédiatement, soit pendant un temps plus ou moins long, de différentes perturbations de l'esprit ou du caractère. Ainsi, par exemple, certains épileptiques deviennent tristes, maussades, irritables, querelleurs, souvent plusieurs heures avant leurs accès. D'autres éprouvent de la lenteur dans les conceptions, de l'affaiblissement dans la mémoire, de l'obtusion dans les idées, une sorte d'hébétude ou de prostration physique et morale qui, pour les personnes habituées à vivre avec eux, ou pour ces malades eux-mêmes, sont un présage certain de l'approche de l'accès. D'autres enfin manifestent, plusieurs heures avant l'accès épileptique, une gaieté insolite, un sentiment de bien-être physique et moral exagéré, une confiance extrême dans leurs forces, quelquefois même un état de mobilité et de loquacité qui peut aller jusqu'à l'excitation maniaque ou à des emportements violents.

Indépendamment de ces symptômes précurseurs, qui peuvent survenir à une distance plus ou moins éloignée de l'accès épileptique, il est d'autres prodromes intellectuels plus immédiats, sorte d'*aura intellectuelle*, qui ne devancent l'accès convulsif que de quelques minutes et qui en constituent en quelque sorte le premier symptôme. On voit, par exemple, des épileptiques chez lesquels la même idée, le même souvenir ou la même hallucination, surgissent spontanément au moment de l'invasion de chaque accès, et précèdent infailliblement son apparition. Le malade voit des flammes, des cercles de feu,

fréquemment la couleur rouge ou pourpre, un spectre ou un fantôme ; il entend des bruits de cloches ou une voix déterminée qui prononce un même mot ; quelquefois enfin il sent l'odeur d'une même substance. Ces idées, ces souvenirs ou ces sensations fausses, qui diffèrent singulièrement d'un malade à un autre, se reproduisent ordinairement, avec une singulière uniformité chez le même malade, à chaque nouvel accès. Il est curieux d'ajouter que très souvent ce souvenir, cette idée ou cette image, sont la reproduction de l'idée ou de la sensation qui ont provoqué chez ce malade la première attaque épileptique. Beaucoup d'entre eux, en effet, devenus épileptiques à la suite d'une vive émotion morale ou d'une profonde terreur, voient apparaître dans leur esprit ou sous leurs yeux, à chaque nouvel accès, les circonstances pénibles ou la scène effrayante qui ont déterminé chez eux la maladie pour la première fois.

Dans l'immense majorité des cas d'épilepsie, il ne peut être question de troubles intellectuels observés pendant l'accès. La perte absolue de connaissance est, en effet, un caractère essentiel de cette maladie. On a même indiqué ce caractère comme signe principal propre à la distinguer soit de l'hystérie, soit d'autres affections nerveuses à forme convulsive, mais sans perte complète de connaissance. Dans presque tous les cas d'épilepsie véritable, le malade ne profère aucune parole, n'entretient aucun rapport avec le monde extérieur pendant l'accès, et ne conserve, après sa cessation, aucun souvenir de ce qui s'est passé en lui pendant toute sa durée. On n'a donc aucun moyen de constater l'existence d'un trouble intellectuel quelconque pendant les attaques épileptiques ordinaires et complètes. Néanmoins, pour ne rien omettre, il importe de signaler qu'il existe certaines attaques incomplètes ou avortées d'épilepsie, pendant lesquelles on peut constater une exception à cette règle générale ; et cependant, la nature épileptique de ces attaques ne peut être contestée, puisqu'elles se produisent chez des épileptiques, et alternent chez eux avec les grandes attaques ou avec les vertiges, à intervalles assez rapprochés. Pendant ces accès avortés, les malades, sans rapport aucun avec le monde extérieur, profèrent certains sons incompréhensibles, ou articulent quelques mots sans suite, qui semblent indiquer une préoccupation pénible ou une profonde terreur. Dans ces attaques incomplètes, qui tiennent le milieu entre le simple vertige épileptique

et les grandes attaques convulsives, les malades n'éprouvent également que des mouvements convulsifs partiels, tels que contractions involontaires de certains muscles de la face ou des membres, mouvements automatiques de déglutition, action de mâchonnement, etc. Ces attaques sont donc incomplètes sous le rapport des troubles des mouvements, comme sous celui de la perte de connaissance. Après la cessation des accès, quelques-uns de ces malades ont conservé un souvenir plus ou moins vague des idées qui les préoccupaient pendant leur durée ; ils ont déclaré qu'ils étaient alors comme sous le coup d'un rêve pénible, dans un état de profonde souffrance morale, et dominés par le sentiment vague d'un violent remords de conscience, ou d'un malheur insurmontable, dont ils ne pouvaient parvenir à découvrir les motifs (1).

Les perturbations psychiques qui se produisent à la suite des attaques d'épilepsie ont beaucoup plus d'importance que celles que nous venons d'indiquer rapidement comme précédant ou accompagnant ces attaques.

Les individus qui viennent d'avoir un accès d'épilepsie sont habituellement, pendant un espace de temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, dans un état d'engourdissement moral, de demi-hébétude plus ou moins prononcé selon les individus, mais qui existe chez presque tous à un certain degré. Ils éprouvent de la difficulté à coordonner leurs idées et à se rendre compte des choses et des personnes qui les entourent; ils ont la compréhension lente et difficile, la mémoire incertaine. Souvent même, pendant plusieurs heures, ils sont tristes, abattus, et dans un état de demi-stupeur ou d'obtusion des idées. Mais, indépendamment de cette torpeur physique et morale, qui est habituelle après de fortes attaques épileptiques, il est d'autres perturbations plus profondes de l'intelligence et du caractère, qui surviennent assez fréquemment à la suite de ces attaques. Nous ne voulons pas encore parler des accès caractérisés d'aliénation mentale, qui se produisent souvent dans ces conditions, et sur lesquels nous insisterons tout à l'heure; nous ne signalerons

(1) Voir Cheyne, *Cyclopedia of practical med.*, t. II, art. *Epilepsy*. Voir aussi le fait d'*Idées encore présentes à la mémoire, à la suite d'un accès d'épilepsie*, publié par Nasse (*Journal d'anthropologie*, t. I, p. 190; 1825). Voir encore Griesinger, *Traité des maladies mentales;* Tubingen, 1845.

actuellement que les perturbations passagères qui, par suite de leur courte durée, doivent être considérées comme liées intimement aux attaques d'épilepsie et comme immédiatement sous leur dépendance.

Au lieu de consister dans l'hébétude et la confusion des idées, le trouble intellectuel peut revêtir tout à coup le caractère de la violence la plus grande ou de la simple excitation maniaque. Dans les asiles d'aliénés, on voit beaucoup d'épileptiques sortir brusquement de la torpeur qui termine leurs accès, pour se livrer instantanément à des actes de violence et de fureur qui les rendent, comme chacun sait, les plus dangereux de tous les aliénés. On ne peut, sans en avoir été témoin, se faire une idée exacte de l'espèce de rage qui s'empare alors subitement de ces malades, et qui les porte à frapper ou à briser indistinctement tous les objets qui tombent sous leurs mains. Dans ces accès de fureur passagère, ils deviennent tellement redoutables pour ceux qui les entourent et pour eux-mêmes, qu'on ne saurait trop attirer l'attention de l'autorité et des médecins sur ces états de violence instinctive et aveugle, que tous les auteurs ont signalés comme succédant fréquemment aux accès d'épilepsie. Ces accès de violence peuvent entraîner à leur suite les blessures les plus graves, le suicide, l'homicide et l'incendie, sans que l'individu qui en est atteint puisse être considéré comme responsable, à un degré quelconque, des actes violents commis par lui au milieu de ce délire tout à fait automatique, quoique de courte durée.

Dans d'autres circonstances, le trouble intellectuel temporaire, qui succède aux attaques d'épilepsie, ne se manifeste pas sous cette forme de violence instinctive et aveugle, mais sous celle d'une excitation maniaque simple, plus ou moins prononcée. Le malade parle alors constamment et d'une manière incohérente ; il s'agite en tous sens et se livre à des mouvements plus désordonnés encore que violents. Il est même quelquefois dominé par des idées délirantes empreintes de satisfaction, qui alternent rapidement chez lui avec des conceptions de nature triste, ou avec des hallucinations terrifiantes, surtout de la vue. Mais ce délire maniaque temporaire consiste plutôt dans la succession rapide de pensées incohérentes et dans un grand désordre des actes, que dans leur extrême violence, qui se rencontre au contraire chez les malades dont nous parlions précédemment. Nous n'avons pas à insister, en ce moment, sur les

caractères particuliers de ce délire épileptique qui succède directement aux attaques ; nous les signalerons tout à l'heure, en décrivant les deux formes principales de la folie épileptique, envisagées indépendamment des attaques convulsives qui leur donnent naissance. Nous n'avons voulu que mentionner ici les troubles intellectuels passagers qui surviennent immédiatement après les accès d'épilepsie, et qui, ordinairement d'assez courte durée, sont bientôt suivis d'un retour à peu près complet de ces malades à l'état normal.

2° *État mental habituel des épileptiques dans l'intervalle des accès.*

Les épileptiques sont-ils, oui ou non, sains d'esprit dans l'intervalle de leurs accès ? Cette question, très souvent posée, a été diversement résolue ; cependant, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la plupart des épileptiques présentent, à divers degrés, des troubles de l'intelligence et du caractère, dans le cours habituel de leur existence, en dehors de leurs attaques convulsives. On ne discute que sur la valeur de ces anomalies de l'esprit et des sentiments, et sur leur degré de fréquence. Les uns veulent que tous les épileptiques, sans exception, soient considérés comme aliénés ; les autres, au contraire, tout en reconnaissant l'extrême fréquence de ces perturbations psychiques, admettent que plusieurs d'entre elles ont peu d'importance et ne se produisent que rarement chez certains épileptiques. Ils proclament en outre qu'il est des épileptiques dont les attaques sont rares et très éloignées, et qui ne présentent pas, pendant toute leur vie, le moindre désordre dans leur esprit ou dans leur conduite. Ces auteurs citent, à l'appui de leur manière de voir, les noms de plusieurs grands hommes qui ont été épileptiques, tels que César, Pétrarque, Mahomet, et même Napoléon. Ils ajoutent que, si les médecins spécialistes sont disposés à considérer tous les épileptiques comme aliénés, cela tient à ce qu'ils n'ont sous les yeux, dans leurs asiles, que des malades dont l'épilepsie, déjà ancienne, a dû être accompagnée de quelques désordres intellectuels ayant motivé leur séquestration, mais que ces médecins

concluraient tout différemment s'ils étaient plus souvent appelés à soigner des épileptiques dans la pratique civile.

Quoi qu'il en soit de cette question générale, qui ne peut être traitée d'une manière absolue dans l'état actuel de la science, personne ne conteste aujourd'hui que les épileptiques ne présentent très fréquemment des altérations de l'esprit et du caractère, dans l'intervalle de leurs attaques, alors même qu'ils ne peuvent pas être considérés comme aliénés. Il importe donc de décrire rapidement les troubles habituels observés chez ces malades, avant de parler des accès de délire plus caractérisés, qui méritent spécialement le nom de *folie épileptique*.

L'irritabilité constitue le trait dominant du caractère habituel des épileptiques. Ces malades sont généralement soupçonneux, querelleurs, disposés à la colère et aux actes violents pour les plus légers motifs, souvent même sans motifs appréciables. Ces colères passagères, que tous les observateurs ont constatées chez les épileptiques, ne doivent pas être confondues avec les accès de fureur instinctive, également de courte durée, dont nous parlerons plus loin. Ces dispositions à la colère sont souvent remplacées chez eux par des dispositions précisément inverses, dont le contraste avec les précédentes est très important à signaler. Tous ceux qui ont vécu avec des épileptiques ont fait la remarque que ces malades sont ordinairement timides, craintifs, cauteleux, obséquieux jusqu'à la bassesse, caressants et complimenteurs. Ces tendances alternent fréquemment avec la tristesse, la morosité et le découragement, ou bien au contraire avec la malveillance, les récriminations violentes et injustes, et les emportements subits, portés quelquefois jusqu'à la violence, et cette alternative constitue le fond du caractère épileptique, ainsi que l'ont déjà signalé plusieurs auteurs, et en particulier le Dr Morel (1).

Ce que l'on doit surtout remarquer, selon nous, dans le caractère comme dans l'état intellectuel des épileptiques, c'est l'extrême variabilité de leur humeur ou de leurs dispositions mentales, selon les moments où on les observe. Tantôt en effet on les voit tristes, maussades, découragés, et comme sous le coup de la douleur ou de la

(1) Morel, *Études cliniques* (t. II, p. 305 et suiv.; 1853) et *Traité des maladies mentales* (1860).

honte que leur fait ressentir leur affreuse maladie ; tantôt au contraire ils ont un sentiment intérieur de bien-être et de satisfaction, qui les porte à nourrir de vastes projets ou à concevoir les espérances les plus irréalisables dans leur triste situation. Tantôt ils sont taquins, disposés à la controverse, à la discussion, aux querelles, et même aux actes de violence ; tantôt au contraire ils montrent une douceur, une bienveillance, une affectuosité, et des sentiments religieux de soumission et d'humilité, aussi exagérés et aussi peu motivés que l'étaient précédemment les manifestations opposées.

Les mêmes contrastes que l'on observe dans leurs sentiments, on les constate dans le degré de leur intelligence et dans la nature des idées qui les préoccupent. Rien n'est mobile comme leurs dispositions d'esprit et le niveau de leur intelligence. Tantôt les épileptiques ont l'intelligence confuse, la mémoire affaiblie, l'attention et la compréhension difficiles. Ils éprouvent alors une grande difficulté à réunir leurs pensées, et ont eux-mêmes conscience de l'obtusion de leur intelligence et de la confusion de leurs idées. Tantôt au contraire ils présentent une véritable activité intellectuelle, une circulation rapide des idées, qui correspond à un certain degré d'excitation cérébrale. Ils peuvent alors se livrer à un travail suivi, dont ils seraient incapables dans d'autres moments, et se rappeler certains faits ou certaines idées que dans d'autres instants ils semblaient avoir complètement oubliés.

Cette irrégularité, qui existe dans leurs sentiments et dans le degré de leur intelligence, se reflète nécessairement dans leurs paroles et dans leurs actes. Aussi leur conduite et leur manière d'être envers les personnes qui les entourent sont-elles essentiellement variables. Pendant certaines périodes de leur existence, ils se montrent laborieux, exacts, attentifs aux travaux de leur profession, soumis et dociles, et ceux qui vivent avec eux, et qui les emploient, n'ont qu'à se louer de leurs relations ou de leurs services. Ainsi, dans les asiles d'aliénés, on occupe fréquemment les épileptiques en qualité d'infirmiers, ou même on leur confie des positions plus importantes pendant un certain temps. Mais, dans d'autres moments, la conduite de ces malades se modifie tout à coup et présente les plus grandes irrégularités. Ils sont alors incapables de remplir les fonctions qui leur avaient été données ; ils deviennent négligents, paresseux, indolents

Ils oublient les choses les plus élémentaires, passent leur temps dans l'inaction, ou errent çà et là, sans but et sans direction, et ils constatent eux-mêmes le vague et la confusion qui existent dans leurs idées. On voit, en même temps, se développer chez eux les plus fâcheuses tendances et les plus mauvais penchants : ils deviennent taquins, menteurs, voleurs ; ils cherchent querelle à tous ceux qui les entourent, se plaignent de tout et de tous, s'irritent avec une grande facilité pour les plus légers prétextes, et se portent même fréquemment à des actes violents instantanés, le plus souvent sans provocation aucune de la part de ceux qui en sont les victimes.

L'intermittence dans les phénomènes psychiques, soit dans l'ordre des sentiments et du caractère, soit dans celui des facultés intellectuelles, est donc le trait dominant du caractère des épileptiques ; c'est la loi générale qui règle tous les phénomènes de cette affection, et qui imprime son cachet aussi bien aux symptômes moraux qu'aux symptômes physiques de cette maladie essentiellement périodique.

3° *Accès de délire plus prolongés, méritant spécialement le nom de folie épileptique.*

Nous arrivons maintenant au sujet principal de ce mémoire, c'est-à-dire à la description de deux espèces de trouble intellectuel bien caractérisé, qui constituent de véritables accès de folie. Ils surviennent chez les épileptiques, à divers intervalles, d'une manière irrégulière, comme les attaques convulsives elles-mêmes. Ils sont tantôt en rapport direct avec ces attaques, tantôt au contraire ils peuvent se produire en dehors de leurs influences. Ces deux genres d'accès, trop souvent confondus dans une description commune, méritent d'être décrits séparément, malgré les ressemblances qu'ils présentent. Pour les distinguer nettement les uns des autres, nous leur donnerons un nom qui aura surtout l'avantage de rappeler l'analogie frappante qui existe entre ces deux formes du délire épileptique et les deux espèces d'attaques que tous les auteurs ont distinguées chez ces malades. Nous appellerons l'un *le petit mal*, et l'autre *le grand mal*, voulant indiquer par là la parenté étroite que l'on observe entre

les manifestations physiques et les manifestations psychiques de la maladie épileptique.

Petit mal intellectuel. — Les épileptiques, dont nous avons décrit rapidement l'état mental habituel dans l'intervalle des attaques, éprouvent de de temps en temps des troubles intellectuels plus prononcés, qui tiennent le milieu entre les anomalies légères que nous venons d'énumérer et les accès de fureur maniaque dont nous parlerons toutà l'heure. Cet état mental, dont la durée varie de quelques heures à plusieurs jours, se produit sous forme d'accès. Il consiste principalement dans une grande confusion des idées, accompagnee le plus souvent d'impulsions instinctives instantanées et d'actes violents, état tout à fait spécial aux épileptiques, et intermédiaire entre la lucidité d'esprit des délires partiels et de trouble complet des délires généraux (1).

Les épileptiques atteints de cette forme particulière de délire commencent habituellement par devenir tristes et moroses sans motifs, puis tombent tout à coup dans un profond découragement, accompagné d'obtusion dans les idées et d'irritation contre tout ce qui les entoure; ils se sentent alors comme étourdis, disent-ils. Ils ont une demi-conscience de l'état de vague dans lequel se trouve leur esprit, de l'affaiblissement de leur mémoire, de la difficulté qu'ils éprouvent à réunir leurs idées et à fixer leur attention, ainsi que des impulsions violentes qui surgissent en eux involontairement. La plupart d'entre eux ont de plus, dès le début de leurs accès, un sentiment profond de l'impuissance où ils se trouvent de résister à une force supérieure qui domine leur volonté et les pousse malgré eux à des actes violents. Ils expriment ce sentiment d'une manière différente, selon le degré de leur éducation ou selon leur position sociale; mais, dans presque toutes les observations de ce genre, on retrouve des expressions analogues pour rendre compte de ce même sentiment intérieur. Ces malades disent, par exemple, qu'ils ne sont plus eux-mêmes, que le mal les pousse, qu'ils ont en eux un mauvais

(1) Il est important de faire remarquer que les malades observés dans cette situation mentale sont ordinairement jeunes (de 15 à 25 ans), soit parce que ce genre de délire se transforme avec l'âge en idiotisme, soit parce que des actes violents font enfermer de bonne heure ces épileptiques dans les maisons de détention, où ils échappent à l'observation médicale.

esprit qui les domine, etc., etc. Mais tous, sous une forme ou sous une autre, constatent cet enchaînement de leur volonté, qui paraît être un trait caractéristique de ce genre de délire, et qui persiste à divers degrés pendant toute sa durée.

Sous l'influence de cet état mental, ces malades quittent brusquement leurs occupations ou leur domicile, pour errer à l'aventure, dans les rues ou dans la campagne. Ce besoin de marcher au hasard, de vagabonder en un mot, est presque constant dans cette situation d'esprit et mérite au plus haut degré d'être signalé. En proie à une anxiété vague, à un profond dégoût de la vie, à une terreur instinctive et non motivée, à un besoin de mouvement automatique et indéterminé, ces pauvres malades marchent sans but et sans direction. Au milieu de la confusion de leurs idées, ils récapitulent en eux-mêmes toutes les idées pénibles qu'ils ont conçues à diverses époques de leur existence, et qui leur reviennent spontanément et toujours les mêmes à chaque nouvel accès. Ils se sentent horriblement malheureux. Ils se croient victimes et persécutés par les membres de leur famille ou par leurs amis. Ils accusent tous ceux avec lesquels ils ont été en rapport d'être la cause de leurs anxiétés et de leurs tourments. S'ils ont nourri précédemment des sentiments de haine ou de vengeance contre un individu, ces sentiments se trouvent ranimés par la maladie et élevés tout à coup à un degré extrême de vivacité qui les fait passer immédiatement à l'action. Le caractère essentiellement impulsif et instantané du délire épileptique est vraiment très remarquable. Dans cet état de trouble très étendu des idées, d'anxiété générale et d'impulsions instinctives, ces malades se livrent alors, de la manière la plus inattendue et la plus subite, à tous les genres d'actes violents, tels que le suicide, le vol, l'incendie et l'homicide. Les uns, pour se soustraire à l'anxiété intérieure qui les dévore, ne songent qu'à se donner la mort, vont se jeter dans une rivière qui se trouve sur leur passage, ou bien ont recours à un autre mode de suicide. Les autres, poussés par le même désespoir et le même besoin d'échapper à une situation intérieure intolérable, se frappent la tête contre les murs, ou bien, saisissant le premier instrument qu'ils trouvent sous leur main, frappent ou brisent indistinctement tous les objets qui les entourent et épuisent ainsi leur rage contre les objets inanimés. D'autres enfin se précipitent avec une véritable

fureur contre la première personne qu'ils rencontrent, la frappent à coups redoublés, et font ensuite successivement plusieurs victimes, si d'autres personnes arrivent au secours de celle qui a été attaquée en premier lieu. Cette circonstance de frapper à coups redoublés et de faire plusieurs blessures, ou plusieurs victimes, mérite, selon nous, d'être remarquée; elle nous paraît caractéristique de cet état de fureur épileptique, et peut avoir une véritable importance au point de vue de la médecine légale.

Aussitôt après l'accomplissement d'un acte violent, les épileptiques atteints du genre de délire que nous décrivons, peuvent se trouver dans deux situations mentales très différentes : ou bien l'acte accompli devient pour eux comme une sorte de soulagement ou de détente et fait cesser tout à coup l'anxiété indéfinissable et l'obtusion des idées qui existaient chez ces malades. Ils sont alors comme dégrisés instantanément; ils recouvrent en partie la connaissance, et commencent à se rendre compte, quoique d'une manière très incomplète, de la gravité de leur acte; ou bien, au contraire, ils continuent à courir devant eux dans un état de grande excitation et de trouble général, dans lequel ils n'ont qu'une conscience très imparfaite de l'action qu'ils viennent de commettre, ou même n'en conservent aucun souvenir. La confusion très grande des souvenirs, sinon l'oubli complet d'un grand nombre de faits, est donc, dans les deux cas, un symptôme presque constant de ce genre de délire.

Lorsque les malades reviennent à eux-mêmes, soit immédiatement après l'acte violent qui sert de crise à leur accès, soit au bout d'un certain temps, ils parviennent quelquefois, à force d'efforts, à retrouver dans leur mémoire plusieurs détails des faits qui se sont produits pendant leur accès, surtout ceux qui ont eu lieu dans les derniers moments; mais il règne toujours à cet égard une grande confusion dans leurs souvenirs. Cette incertitude des souvenirs a souvent été regardée à tort comme simulée, mais elle est bien réelle et caractérise cette situation mentale d'une manière tout à fait spéciale. Les épileptiques sont alors dans un état comparable à celui dans lequel on se trouve en sortant d'un rêve pénible. Les principales circonstances de l'accès leur ont d'abord échappé; ils commencent par nier les faits qui leur sont imputés, et ne paraissent en avoir conservé aucun souvenir; puis, peu à peu, ils se rappellent

un certain nombre de détails qu'ils semblaient d'abord avoir oubliés : mais, en somme, leurs souvenirs sont toujours très incomplets. Aussi, tout en signalant les diverses variétés de diminution de la mémoire qui peuvent exister à la suite du délire épileptique, est-il très important de proclamer que la perte de la mémoire, à des degrés divers, est un caractère essentiel et presque constant de cet état mental.

Grand mal intellectuel. — Dans tous les asiles d'aliénés, il existe un certain nombre d'épileptiques affectés de cette forme de délire à laquelle nous donnons le nom de *grand mal intellectuel*, et qui est connue généralement sous le nom de *manie avec fureur*. Tous les auteurs ont noté l'extrême violence des individus atteints de cette forme particulière de maladie mentale. Plusieurs d'entre eux ont même signalé quelques-uns des caractères qui permettent de la distinguer des autres états maniaques analogues. Nous allons indiquer rapidement ses principaux caractères distinctifs.

Un premier caractère, propre à la manie épileptique, c'est son invasion beaucoup plus rapide que celle des autres variétés de la manie. Tantôt, en effet, elle débute brusquement, sans être précédée d'aucun symptôme précurseur. Dans d'autres circonstances, il existe quelques prodromes physiques, tels que la céphalalgie, les vomissements, la rougeur ou l'éclat brillant des yeux, l'altération de la voix, de légers mouvements convulsifs de la face ou des membres, ou bien, au moral, une période prodromique de tristesse, d'irritabilité, ou de légère excitation ; mais ces prodromes ne précèdent guère que de quelques heures au plus l'explosion de la manie épileptique, sous sa forme la plus accusée.

Un autre caractère, également très important, de la manie épileptique (caractère qui lui est du reste commun avec la plupart des manies intermittentes), c'est la ressemblance absolue de tous les accès chez le même malade, non seulement dans leur ensemble, mais dans chacun de leurs détails. Lorsqu'on a observé avec soin les diverses phases d'un premier accès de manie épileptique, on est vraiment frappé d'étonnement en constatant que le même malade exprime les mêmes idées, profère les mêmes paroles, se livre aux mêmes actes, éprouve, en un mot, les mêmes phénomènes physiques et moraux, à chacune des périodes de chaque nouvel accès. Ses

idées, ses paroles et ses actes, sont comme empreints de fatalité, et se reproduisent avec une surprenante uniformité à tous les accès.

Pendant ces paroxysmes, les épileptiques présentent la plupart des phénomènes psychiques qui caractérisent l'état maniaque en général. Leurs idées se succèdent avec une grande rapidité ; ils parlent sans cesse ; ils passent sans interruption par les séries d'idées et les émotions les plus variées, et leurs actes sont aussi désordonnés que leurs paroles. Un trait particulier de leur agitation, noté par tous les auteurs, consiste dans l'excessive violence de leurs actes, qui les porte à frapper et à briser, avec une sorte de rage, tous les objets qui les entourent, à mordre, à déchirer, à crier sans interruption, et à se frapper eux-mêmes, avec un véritable acharnement, la tête contre les murailles. Cet état d'agitation poussée jusqu'à la fureur est quelquefois porté si loin, que ces malades deviennent les plus dangereux de tous les aliénés, sont redoutés de tous dans les asiles, et ne peuvent être contenus et protégés qu'à l'aide des moyens restrictifs les plus énergiques, tels que la camisole ou le séjour prolongé dans une cellule.

Mais ce caractère d'extrême violence n'est pas le seul qui distingue la manie épileptique des autres états maniaques. Un fait également très remarquable, c'est la nature terrifiante des idées qui dominent ces maniaques, et la fréquence des hallucinations de même nature qui se produisent chez eux, hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, et surtout de la vue. Ces malades ont des visions presque continuelles ; ils voient des objets effrayants, des spectres, des fantômes, des assassins, des hommes armés qui se précipitent sur eux pour les tuer ; ils aperçoivent sans cesse des objets lumineux, des flammes, des cercles de feu, et, chose digne de remarque, la couleur rouge, ou la vue du sang, prédominent fréquemment dans leurs visions.

Ces accès de manie présentent encore une autre particularité très importante à signaler. Malgré le désordre et la violence de leurs actes, les paroles prononcées par les maniaques épileptiques sont en général beaucoup moins incohérentes que celles de beaucoup d'autres aliénés. On est étonné, au milieu d'une si forte agitation, de pouvoir suivre assez facilement la série des idées exprimées par les malades. Leur délire est plus suivi et plus compréhensible qu'il ne l'est habituellement dans la manie. Ils comprennent mieux les ques-

tions qui leur sont adressées ; ils y répondent plus directement et d'une manière plus exacte, et s'aperçoivent plus souvent de ce qui se passe autour d'eux, que la plupart des aliénés atteints de délire général avec excitation. L'incohérence moins grande du délire, et la netteté plus prononcée des idées pendant les accès de manie épileptique, est d'autant plus curieuse à signaler qu'elle contraste singulièrement avec l'absence presque complète de tout souvenir de l'accès après sa cessation, absence de souvenir qui est également un symptôme presque constant des accès de manie épileptique.

Pour terminer l'énumération rapide des principaux caractères qui permettent de distinguer la manie épileptique de la manie ordinaire, disons que les accès ne se prolongent ordinairement que pendant quelques jours, et ont ainsi une durée beaucoup moins longue que les autres accès de manie. Enfin leur cessation est habituellement aussi brusque que l'a été leur invasion. En quelques heures, quelquefois même plus rapidement, ces maniaques reviennent presque sans transitions à leur état normal. C'est à peine si, dans quelques cas, ils présentent une courte période de légère stupeur ou de torpeur physique et morale, avant le retour complet à la raison. Ils guérissent de leur accès comme on sort d'un rêve ; ils se réveillent, comme à la suite d'un cauchemar pénible, en ne conservant presque aucun souvenir des faits qui ont eu lieu pendant toute la durée de leur maladie.

Nous avons décrit séparément les deux formes du délire épileptique, auxquelles nous avons donné les noms de *petit mal* et de *grand mal*, parce que ces deux espèces de trouble intellectuel se présentent à l'observateur, et surtout au médecin légiste, sous deux aspects tout à fait différents. Le calme des mouvements, la lucidité partielle des idées, les apparences de raison, en un mot, que l'on observe chez les épileptiques atteints du petit mal intellectuel, contrastent au plus haut point avec l'agitation maniaque, le désordre extrême des actes et la loquacité incessante de ceux qui sont affectés du grand mal. Ces caractères établissent entre les deux états des différences aussi tranchées que celles que l'on constate chez les aliénés, entre les délires partiels et les délires généraux. Ces deux états ne pouvaient donc, sans inconvénients, être confondus dans une même description, qui, pour s'appliquer à des situations mentales aussi différentes,

eût perdu toute précision et n'eût acquis qu'une vague généralité.

Mais cette distinction, utile pour la vérité de l'observation et pour la pratique, ne doit pas faire perdre de vue les nombreuses analogies qui existent entre ces deux variétés de la folie épileptique, et qui dénotent entre elles une véritable communauté d'origine.

Dans les deux cas, en effet, la maladie se produit sous forme d'accès, d'une durée relativement courte, si on les compare à la plupart des autres espèces de maladies mentales. Ces deux formes du délire épileptique ont l'une et l'autre une explosion rapide; elles ont pour caractère commun, pendant leur cours, la violence et l'instantanéité des actes auxquels se livrent les malades, ainsi que la nature pénible ou effrayante des conceptions délirantes et des hallucinations qui les dominent. Enfin, dans le petit mal, comme dans le grand mal, on constate une cessation des accès aussi brusque que l'a été leur invasion, un oubli partiel ou total de leurs divers détails après leur disparition, et un retour à peu près complet, dans leurs intervalles, à un état de raison relative qui contraste singulièrement avec le trouble très étendu qui a existé pendant leur durée.

Non seulement les deux formes du délire épileptique offrent entre elles les points de contact que nous venons de signaler, mais on observe en outre, soit chez le même individu, soit chez divers malades, de nombreux états intermédiaires, qui tendent à démontrer qu'il n'existe, en réalité, entre ces deux variétés de la folie épileptique, qu'une simple différence de degré. Ces états intermédiaires, variables en durée et en intensité, représentent comme une série non interrompue de faits qui permet de passer, par transitions insensibles, et sans ligne de démarcation tranchée, du simple obscurcissement passager de l'intelligence, sorte d'étourdissement intellectuel, jusqu'à l'agitation maniaque la plus violente et à la fureur la plus incoercible.

Un dernier point de contact entre les deux espèces du délire épileptique réside dans l'alternance que l'on constate fréquemment entre elles chez le même malade, et dans les relations qu'elles ont l'une et l'autre avec les deux formes de l'épilepsie connues sous les noms de *vertiges* et de *grandes attaques*.

Ces caractères communs à toutes les variétés de trouble mental observées chez les épileptiques, dans le petit mal comme dans le grand mal, sont importants à connaître pour la pathologie mentale,

et permettent de constituer une forme spéciale d'aliénation sous le nom de *folie épileptique* ; mais ils ont une plus grande importance encore pour la médecine légale : ils fournissent en effet les moyens de substituer aux appréciations vagues, que l'on a coutume de faire sur le degré de libre arbitre ou d'irresponsabilité des épileptiques, la description clinique d'une forme particulière de délire, de nature à porter plus complétement la conviction dans l'esprit des magistrats. Si nous ne nous étions proposé qu'un but purement descriptif, nous pourrions borner là notre travail ; mais, pour en tirer toutes les conséquences pratiques qu'il nous paraît contenir, deux choses essentielles nous restent encore à accomplir. A la description générale, nécessairement très abrégée, que nous venons de faire des deux formes de la folie épileptique, nous devons ajouter des détails pratiques, qui ne peuvent être convenablement exposés que par la citation d'un certain nombre d'observations particulières. A l'étude purement symptomatique, nous devons joindre l'exposé de la marche des accidents intellectuels de l'épilepsie, dans leurs rapports avec les manifestations physiques de cette maladie.

Etudier, à l'aide d'un certain nombre d'observations particulières, les relations qui existent entre les phénomènes physiques et les phénomènes intellectuels de l'épilepsie, tel sera donc le but d'un second chapitre.

Montrer ensuite les applications que peut fournir l'étude des symptômes et de la marche des troubles intellectuels de l'épilepsie pour la pathologie mentale et pour la médecine légale, tel sera l'objet d'un troisième chapitre.

DEUXIÈME PARTIE

Marche des troubles intellectuels de l'épilepsie dans leurs rapports avec les accidents physiques de cette maladie.

Pour étudier la marche des deux formes de trouble mental chez les épileptiques, dans leurs relations avec les symptômes physiques, deux procédés se présentent naturellement à notre esprit.

Le premier consisterait à énumérer simplement les principales variétés de marche que l'on observe chez les épileptiques, en se bornant à signaler dans ce résumé rapide, les différences les plus essentielles, sans tenir compte des diversités secondaires et exceptionnelles que l'on constate chez certains malades. Ce procédé, plus expéditif, aurait l'avantage de rendre plus sensibles ces diversités de marche de l'épilepsie ; mais il aurait l'inconvénient grave de sacrifier, soit dans les symptômes, soit dans la marche, un certain nombre de détails, qui sont précisément les plus importants à connaître pour l'application de cette étude à la pathologie mentale et à la médecine légale.

Pour remédier aux inconvénients que présenterait ce premier procédé d'exposition, nous avons pensé qu'il serait préférable d'avoir recours à un second procédé, plus lent, mais plus pratique. Nous choisirons donc, parmi les observations que nous avons trouvées dans divers auteurs, ou parmi celles que nous avons nous-même recueillies, quelques faits types, qui nous paraissent pouvoir servir d'exemple à l'appui de chacune des variétés de marche de la folie épileptique. Nous classerons ces observations en trois séries principales :

Dans la première, nous placerons les faits de trouble mental en rapport direct avec les attaques convulsives ou avec les vertiges.

Dans la deuxième, nous ferons figurer les accès de délire survenant dans l'intervalle des grandes ou des petites attaques, chez des individus reconnus par tous comme épileptiques.

Dans la troisième enfin, nous rapporterons des observations de trouble mental, présentant les caractères de la folie épileptique et dans lesquelles les phénomènes physiques de l'épilepsie, ou bien ont été méconnus, ou bien n'existaient réellement pas au moment où l'on observait ces malades.

Après avoir ainsi relaté, sous ces trois chefs principaux, un certain nombre d'observations particulières, nous pourrons alors résumer les principales variétés de marche des divers symptômes de l'épilepsie, qui ressortiront en quelque sorte d'elles-mêmes de la lecture attentive des faits que nous aurons cités.

1° *Les accès de délire sont directement en rapport avec les attaques épileptiques.*

Les faits de ce genre existent en grand nombre dans les annales de la science, nous ne pouvons nous y arrêter longtemps ici. Nous nous bornerons à renvoyer les lecteurs aux principaux recueils publiés dans divers pays sur la spécialité des maladies mentales (1).

Nous y ajouterons les travaux spéciaux qui ont paru sur l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale, parmi lesquels nous mentionnerons particulièrement les travaux de M. Delasiauve (2), du Dr Morel (3), de Cavalier (4), de Guillermin (5), etc.

Nous ne pouvons examiner avec détails les observations nombreuses de délire lié aux attaques d'épilepsie qui existent dans ces divers ouvrages, malgré l'intérêt très réel qui s'attacherait à cette étude comparative; nous devons nous contenter de choisir parmi ces faits quelques observations, qui nous semblent pouvoir servir de types pour chacune des catégories que nous avons admises.

Les accès de délire, sous la forme du grand mal ou du petit mal, sont incomparablement plus fréquents *après* les attaques d'épilepsie qu'*avant* ces attaques. Esquirol a même soutenu (6) que le délire était excessivement rare avant les accès d'épilepsie. D'autres auteurs, au contraire, pensent que ce fait, moins fréquent, il est vrai, que le délire succédant aux attaques, est loin cependant d'être rare. Parmi eux, nous citerons le Dr Cavalier, qui rapporte (7) plusieurs exemples de ce genre. Nous y ajouterons l'opinion de M. le Dr Da-

(1) *Annales médico-psychologiques*; *Annales d'hygiène et de médecine légale* en France; *Journal für psychiatrie* en Allemagne; *Journal of psychological médecine* de Forbes-Winslow en Angleterre; *The American journal of insanity* en Amérique; *Zeitschrift für die Staats arzneikunde* de Henke en Allemagne, etc.

(2) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*; Paris, 1854.

(3) Dr Morel, *Études cliniques;* Nancy, 1852-53; *Traité des maladies mentales;* Paris, 1860.

(4) Cavalier, *Fureur épileptique*; Montpellier, 1850.

(5) Guillermin, *Manie épileptique*; Paris, 1857.

(6) Esquirol, *Traité des maladies mentales;* Paris, 1838, article *Épilepsie*.

(7) Cavalier, *Thèse*, 1850.

gonet (1) et celle de Renaudin (2), qui expriment l'un et l'autre la pensée que, chez certains malades, l'accès épileptique, survenant à la suite d'un état maniaque, lui sert en quelque sorte de crise, et fait cesser tout à coup le délire.

Pour établir l'existence d'accès de délire avant les accès d'épilepsie, nous nous bornerons à rapporter ici les deux observations très courtes qui vont suivre.

Observation Ire. — A. H..., soixante ans, a été sujet à des attaques périodiques de manie depuis de longues années. Les paroxysmes surviennent à intervalles d'environ six semaines, et durent dix ou douze jours. Ils commencent *subitement ;* le malade s'agenouille, prie et chante à très haute voix, et bientôt il devient violent et dangereux. Dans l'un de ses accès, il se saisit malheureusement d'une femme qui lui donnait à manger et la tua. Il a une voix puissante, est très violent et très bruyant. Après un accès d'épilepsie auquel il est sujet, la violence commence à diminuer, ce qui est le contraire de la marche habituelle de la manie épileptique, l'accès aggravant ordinairement les symptômes maniaques (3).

Observation II. — P. J..., vingt-huit ans, d'une figure maladive et hébétée, est épileptique, et, au dire des témoins, *dans les moments qui précèdent les accès*, « il ne se connaît pas ». Il est accusé de s'être laissé aller plusieurs fois à des voies de fait envers son père. Une fois entre autres, irrité par quelques reproches que celui-ci lui adressait, il l'injuria grossièrement, et le frappa violemment avec un carreau qui lui était tombé sous la main. Un médecin, consulté par le tribunal, a soutenu que J. P... jouissait de toute l'intégrité de ses facultés morales (4).

Les observations de trouble intellectuel survenant à la suite des attaques d'épilepsie, soit immédiatement après, soit seulement

(1) Dagonet, *Rapport sur l'asile de Stephansfeld*, p. 17 ; 1853.
(2) Renaudin, *Annales médico-psychologiques*, 2e série, t. II, p. 478.
(3) Alexander Morison, *The physiognomy of mental diseases*, p. 35 ; London, 1838.
(4) *Gazette des tribunaux*, 19 septembre 1843 ; extrait des *Annales médico-psychologiques*, t. III, p. 98 ; 1844.

quelques heures ou même quelques jours après les accès convulsifs, sont très nombreuses ; il n'est pas d'asile d'aliénés qui n'en présente plusieurs exemples. Dans ces cas, l'accès d'épilepsie est presque toujours suivi d'une période plus ou moins prolongée d'hébétude ou de torpeur. C'est ordinairement après cette période de torpeur (qui peut durer depuis un quart d'heure jusqu'à plusieurs heures, ou même plusieurs jours) qu'éclate l'accès de délire. Celui-ci a une durée qui peut varier entre vingt-quatre heures et douze ou quinze jours au plus ; mais le plus souvent, il ne se prolonge guère au delà de trois ou quatre jours. Pour donner une idée exacte des symptômes et de la marche habituelle des accès de délire consécutifs aux attaques d'épilepsie, nous allons rapporter ici quatre observations, qui nous paraissent suffisantes pour faire connaître les principales variétés de marche et de durée que l'on peut observer dans les cas de ce genre.

Le fait suivant est extrêmement curieux non seulement comme type de fureur épileptique, mais à cause des circonstances exceptionnelles au milieu desquelles cet accès de délire s'est produit.

Observation III. — François L..., vingt ans, cordonnier, était, depuis un grand nombre d'années, sujet à des attaques d'épilepsie. Elles avaient commencé par suite d'une chute sur la glace. Les accès, qui d'abord n'étaient suivis que d'une très légère aberration de la raison, devinrent plus sérieux et furent accompagnés de manie furieuse.

Il avait servi dans le 5e régiment d'infanterie légère, de 1838 à 1841, et, lorsqu'il sortit du service, il reprit son commerce. Lorsqu'il avait des attaques pendant cette période, il saisissait son marteau, son couteau ou tout autre instrument qu'il avait sous la main, et le brandissait d'une manière menaçante, de façon à s'attirer les railleries de ses camarades.

Lorsqu'il fut hors du service, il retourna chez lui et se décida à se marier. La cérémonie avec sa fiancée fut fixée au 26 octobre 1841.

Le 24, un mal de tête très intense survint, et lui parut à lui-même un indice de l'imminence d'une attaque. Il appela un médecin qui l'avait traité anciennement pour cette maladie et lui demanda de le

saigner, opération qui lui avait toujours procuré du soulagement. Le médecin refusa, par le motif que ce remède ne devait pas être trop souvent employé.

Le 26, quelques heures avant le mariage, il fut saigné par un médecin, mais sans aucune diminution de la douleur. Pendant la cérémonie civile et religieuse du mariage, L... était abattu et taciturne ; il ne dit rien en dehors du simple *oui*. En quittant l'église, il fut saisi d'une douleur atroce de la tête ; elle fut tellement excessive que dans la maison de son beau-père, il fut obligé de se mettre au lit. La chambre dans laquelle il se trouvait était voisine de celle où l'on préparait le repas de noces. Là il fut saisi d'un accès d'épilepsie furieuse, et tandis que les personnes qui étaient avec lui couraient chercher des cordes pour l'attacher, il se précipita tout nu dans la salle à manger, avec une pelle dont il s'était emparé, poursuivit une femme qui s'enfuit et la renversa par terre en lui frappant un coup sur la tête. Son beau-père s'interposa ; mais, ainsi que les autres, il fut chassé. Le malade se mit alors par terre devant la porte, rongeant la pierre avec les dents ; enfin il se leva avec un couteau de cordonnier à la main ; il ouvrit la porte de force, s'écriant qu'il voulait les tuer. La première personne qu'il rencontra fut son beau-père, qu'il tua à l'instant. *Cette attaque continua pendant trois jours.*

Le 29, la raison revint, mais le malade pouvait seulement se rappeler le moment du mariage, et rien de ce qui suivit ; il supposait qu'il avait dormi pendant tout ce temps. Il fut bientôt transporté dans l'asile de Clément, où il se trouve encore. Dans ces circonstances, le tuteur de S... s'adressa à la cour pour obtenir la déclaration de nullité du mariage, par la raison que cet épileptique n'était pas complètement sain d'esprit au moment de la cérémonie, et par conséquent n'était pas apte à donner son consentement. La cour prononça la nullité du mariage (1).

J'extrais, en l'abrégeant considérablement, le fait suivant de meurtre commis par un épileptique, dans un accès de délire survenu trois jours après plusieurs attaques d'épilepsie.

(1) *American journal of insanity*, 1845-46, t. II, p. 186 ; extrait de la *Gazette des tribunaux*, numéro du 7 janvier 1845.

Observation. IV. — Joachim H....., vingt-neuf ans, a été épileptique dès l'âge de six ans. Depuis l'âge de la puberté, la maladie s'est aggravée, et dernièrement elle survenait une fois toutes les trois semaines. Il restait longtemps sans se relever des suites de ses attaques. Il était atteint de douleurs de tête et de vertiges, et manifestait une grande aversion pour la nourriture, sans être toutefois ni furieux ni aliéné.

Dans le mois de juillet 1826, il eut une attaque ; dans le cours des trois jours suivants, il en eut plusieurs autres, paraissant dans l'intervalle tout à fait sans conscience, et refusant toute nourriture.

Le troisième jour, il se leva de son lit, descendit dans la cour, où il rencontra le fils de son frère, âgé de dix ans, et la fille d'un de ses parents, à laquelle il était attaché, âgée de onze ans. Le petit garçon lui demanda s'il ne désirait pas manger. Le malade ne répondit pas, mais le frappa ; les enfants s'enfuirent ; il les poursuivit, s'empara de la jeune fille, la renversa, et, prenant une hachette qui se trouvait par terre, il lui fractura le crâne en plusieurs endroits, lorsque les voisins accoururent, et, après une résistance considérable, parvinrent à le dominer.

Il resta tranquille jusqu'au moment où l'on se prépara à le conduire chez le magistrat. Alors il se laissa aller à des expressions de haine violente envers ses concitoyens de la ville. En prison, il resta pendant deux jours dans un état d'absence de conscience, ne prit aucune nourriture, et eut un accès d'épilepsie. Le troisième jour, la raison revint ; il exprima quelque intérêt pour ses amis, se plaignit amèrement de ses souffrances ; *mais n'avait aucun souvenir de ce qui était arrivé* (1).

J'emprunte au Dr Cavalier (2) l'observation suivante, comme exemple très caractérisé de fureur épileptique de longue durée, succédant, après un court intervalle, à des accès répétés d'épilepsie :

Observation V. — A..... était un ancien militaire, d'un tempérament sanguin, bien constitué, mais affaibli par une maladie

(1) Extrait de Jahn, in *Henke's Zeischrift fur die Staats Arzneikunde*, t. IV, p. 282 ; 1827.

(2) Cavalier, thèse, page 43.

asthmatique qui le tourmentait fort, surtout vers la fin de sa vie.

L'épilepsie dont ce malade était atteint était fort ancienne; il n'était pas sujet aux vertiges.

Sans symptômes précurseurs, ce malade tombait brusquement en arrière, et se blessait souvent la tête; le reste de l'attaque ne présentait rien de particulier. Les accès d'épilepsie étaient forts et fréquents; il ne s'est jamais écoulé un temps bien long sans attaque. Quand elles étaient isolées, elles se trouvaient ordinairement suivies d'une torpeur assez courte. Au bout d'un quart d'heure, A..... se remettait au travail, n'ayant conservé qu'un souvenir très confus de l'accident qui lui était arrivé.

Mais les attaques n'étaient pas toujours isolées; de temps en temps, elles se répétaient cinq ou six fois dans la même journée, quelquefois même bien plus. Ces attaques étaient suivies assez souvent d'un accès de fureur qui se développait presque immédiatement après l'engourdissement qui suivait les convulsions épileptiques. Un quart d'heure ou une demi-heure environ après l'attaque, A..... s'irritait brusquement, et frappait tout à coup, sans alléguer de prétexte, ceux qui étaient autour de lui. Il donnait alors des coups de poing, des coups de pied, et même des coups avec la tête; il mordait fréquemment et cherchait toujours à faire beaucoup de mal. Il jurait, frappait des pieds, hurlait, vociférait, et se roulait par terre en déchirant ses vêtements. Il n'a jamais cherché à se suicider. Aucune remontrance, aucune menace, n'avaient alors de l'influence sur lui; il semblait ne pas entendre; il ne paraissait avoir alors aucune hallucination. On était obligé de le contenir, et quelquefois même de le renfermer dans une cellule. Cet accès durait quelquefois dix jours, et même quinze jours, sans rémission bien marquée. Il restait aussi furieux la nuit que le jour, il ne dormait pas et passait toute la nuit à crier. Il refusait souvent de manger, et crachait même au visage de ceux qui lui apportaient de la nourriture; d'autres fois il mangeait avec voracité, en faisant des gestes et des grimaces qui ne paraissaient se rattacher à aucune idée. Pendant toute cette période, il était très rouge, il avait la conjonctive fortement enflammée. La violente dyspnée par laquelle il était tourmenté à la moindre fatigue disparaissait malgré la vivacité de ses mouvements. Les autres fonctions de la vie organique ne paraissaient nullement altérées; on ne

remarquait qu'une légère constipation. On n'a observé aucun phénomène critique, au moment où le calme commençait à renaître. La tranquillité revenait très promptement; la disparition de la fureur était presque aussi rapide que son invasion.

Une fois l'accès passé, il n'avait conservé aucun souvenir de ce qui lui était arrivé pendant sa fureur; il était étonné en entendant le récit de ses actes de violence.

Ces accès de fureur ont été assez rares; ils survenaient particulièrement à la suite des attaques répétées dans un court espace de temps. Il n'a guère eu cette fureur que de 1843 à 1846. Après cette époque, les accès ont perdu de leur intensité et de leur fréquence, tandis que la démence faisait des progrès. D'un autre côté, la dyspnée intermittente devenait plus grave, et elle finit même par amener la mort, le 25 juin 1850 ; il était alors âgé d'environ soixante-cinq ans.

Le Dr Billod, médecin directeur de l'asile des aliénés de Sainte-Gemmes, près Angers, me communique l'observation suivante. Elle est relative à un malade qu'il a observé attentivement depuis cinq ans, et qui, depuis cette époque, a toujours présenté régulièrement des accès maniaques à la suite de ses accès d'épilepsie :

Observation VI. — M. L....., ancien notaire, âgé de quarante-neuf ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une haute stature et d'une vigoureuse constitution, entre à l'asile le 16 janvier 1856, pour y être traité d'une affection cérébrale qui paraît reconnaître pour cause des excès de toutes sortes, mais particulièrement vénériens.

Bien que les renseignements qui nous ont été fournis au moment de l'admission n'aient pas fait mention d'épilepsie, les intermissions signalées dans les manifestations du délire, de même que le degré d'exaltation et de fureur qui accompagnait ce même délire, et auquel succédaient un état de prostration morale extrême et une irritabilité toute spéciale du caractère, ne nous laissèrent aucun doute sur la nature primitivement épileptique de l'affection.

A des intervalles qui varient entre un et trois mois, et dont le terme moyen paraît être de six semaines, M. L..... éprouve les accidents ci-après, dont l'évolution depuis cinq ans nous a paru à peu près *invariable*.

Le premier phénomène est une coloration vive et comme érythémateuse de la face; les yeux sont injectés, et le malade accuse une certaine pesanteur de tête, ordinairement sans céphalalgie.

Au bout de huit ou dix heures, éclate un accès d'épilepsie, avec perte complète de connaissance, convulsions cloniques, écume à la bouche, à la suite duquel le malade revient assez complètement à lui, en conservant toutefois pendant quelques heures un certain degré d'hébétude, bientôt suivi d'un état d'excitation progressive qui ne tarde pas à dégénérer en un accès de manie, remarquable par le degré d'exaltation et de fureur et par la multiplicité des hallucinations et illusions de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité, qui l'accompagnent.

Le délire est général; mais, en prêtant l'oreille aux divagations du malade, on ne tarde pas à reconnaître une prédominance d'idées de persécution.

M. L..... parle le plus souvent de gens qui le poursuivent de leur inimitié, en voulant à ses jours ou exerçant sur lui des mutilations de toutes sortes. Je l'ai entendu une fois se plaindre d'avoir les parties coupées, et une autre fois prétendre qu'on y avait introduit du fil de fer. Le délire s'alimente d'ailleurs de tous les souvenirs de sa vie passée; mais la confusion qui règne dans son esprit est telle, qu'il fait souvent intervenir dans des événements antérieurs à sa séquestration des personnes qu'il n'a connues que depuis, et qu'il soutient obstinément reconnaître.

Le malade croit voir dans de simples accidents de la matière sur les murs de sa cellule des caricatures politiques, dont il m'a présenté plusieurs fois l'explication dans de courts moments de rémission.

La durée de cet accès de délire varie entre huit et douze jours. Lorsqu'il cesse, L..... redemande sa pipe, sollicite son retour au quartier des pensionnaires paisibles, et s'y montre dans un état de lucidité à peu près complète jusqu'à l'accès suivant. Je dis à peu près complète, car il m'est démontré que M. L..... n'a conservé de ce qu'il a éprouvé qu'un souvenir confus.

Le caractère de M. L..... est ordinairement bienveillant et susceptible de traits d'une véritable délicatesse, mais extrêmement sensible et irritable; les facultés intellectuelles n'ont encore subi aucun affaiblissement.

Les faits qui précèdent suffiront comme exemples d'accès de délire survenant avant ou après les attaques épileptiques, et liés étroitement avec elles.

Plusieurs auteurs mentionnent en outre quelques cas dans lesquels le délire se produit tout à la fois avant et après les accès convulsifs ; Cavalier et Guillermin en citent plusieurs exemples.

Nous nous bornerons à rapporter ici une observation très curieuse sous ce rapport, qui nous a été fournie également par le Dr Billod, et dans laquelle les accès d'épilepsie sont toujours précédés d'un état mélancolique et suivis d'un état maniaque.

Voici cette observation :

Observation VII. — M. G....., ecclésiastique, âgé de cinquante-quatre ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution ordinaire, épileptique depuis près de vingt ans, entré à l'asile le 10 novembre 1855, offre l'exemple remarquable d'un état de folie *en quelque sorte circulaire*, consécutif à l'épilepsie.

M. G....., dont on ne sait à quelle cause attribuer l'affection (les circonstances de masturbation, d'excès de toute sorte, d'hérédité, de frayeur et de chagrin, étant écartées de source certaine), M. G...., dis-je, présente en moyenne, par mois, une période de deux ou trois accès épileptiques complets. Chacune de ces périodes est précédée, huit ou dix jours à l'avance, d'un délire mélancolique, avec conceptions délirantes de persécution et hallucinations de l'ouïe; elles portent le malade à se plaindre incessamment du bruit qui se fait autour de lui et le trouble dans ses exercices de piété, et à récriminer contre le caractère outrageant pour la morale et la religion des paroles qu'il croit entendre.

A la suite des accès épileptiques, après une période de stupeur et d'hébétude qui dure un ou deux jours, M. G..... entre dans une phase de bien-être et de satisfaction indicible. Il parle sans cesse de sa guérison, dont il tient à annoncer l'heureuse nouvelle à son évêque et à sa famille; il donne, pour preuve de la force morale qu'il vient de recouvrer, le fait de pouvoir, sans en être troublé, se livrer à ses exercices de piété au milieu de tout le bruit qui se fait autour de lui. Les hallucinations de l'ouïe persistent dans cette phase mentale ; mais je me suis convaincu qu'elles se traduisent plutôt par

un bruit confus que par des sons articulés, et qu'elles ne laissent distinguer, en tout cas, au malade aucune parole dont il ait à se plaindre.

Cette phase de bien-être dure habituellement de douze à quinze jours; elle fait place ensuite à la phase contraire, qui précède la période d'accès épileptiques, à laquelle elle succède à son tour.

Les facultés intellectuelles n'ont pas encore subi, chez M. G..., un affaiblissement proportionné à la durée de l'affection épileptique, mais le caractère devient de plus en plus susceptible et irritable.

2° *Les accès de délire ont lieu dans l'intervalle des accès convulsifs, chez des individus reconnus comme épileptiques.*

Les exemples de délire survenant dans les intervalles et à une certaine distance des accès épileptiques sont beaucoup plus rares que ceux qui succèdent plus ou moins directement aux attaques. Certains auteurs sont même disposés à les considérer comme tout à fait exceptionnels; ils pensent que, dans la plupart des cas de ce genre, des vertiges ou des attaques nocturnes précèdent de peu de temps l'explosion du délire, lequel semble naître spontanément, mais est en réalité consécutif à des accès épileptiques restés ignorés. Nous sommes très enclin nous-même à adopter cette manière de voir, dans un certain nombre de cas; néanmoins, nous croyons à la production spontanée du délire chez des épileptiques qui, depuis quelque temps déjà, sont exempts de petites ou de grandes attaques.

Nous ne pouvons citer ici un grand nombre de faits à l'appui de cette proposition ; nous nous contenterons d'en rapporter quelques-uns. Nous invoquerons d'abord le témoignage du Dr Delasiauve (1) qui s'exprime ainsi, à l'occasion d'un accès maniaque se produisant à une grande distance des accès d'épilepsie :

« Tel est, dit-il, le cas de Br....., l'un de nos malades, sujet à un délire violent, pendant lequel il devient insolent, querelleur, porté aux injures, à la fureur, aux voies de fait. L'épilepsie ne sévit chez lui que tous les deux ou trois mois. On inclinerait d'autant plus

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, page 152.

volontiers à croire que l'excitation maniaque est en dehors de son action, et ne reconnaît d'autre principe qu'elle-même, qu'elle naît spontanément, *sans être précédée de crise, et souvent même à une époque très distante des premiers accès.* »

Après cette citation, il ne nous paraît pas nécessaire de chercher d'autres preuves pour établir que les accès de délire peuvent se produire, chez les épileptiques, en dehors de l'action immédiate d'attaques convulsives, ayant précédé de quelques heures ou de quelques jours l'explosion du trouble mental. Pour compléter cette démonstration, nous nous bornerons à rapporter l'observation très intéressante qui va suivre; nous l'empruntons au Dr Cavalier (1). Mieux que toutes les réflexions auxquelles nous pourrions nous livrer, cette observation fera connaître la marche bizarre et irrégulière que peut affecter, pendant le cours de l'existence d'un épileptique, l'alternative des accès convulsifs et des accès maniaques.

Observation VIII. — Pierre S....., sergent du génie, était d'une forte constitution, d'une taille élevée, d'un tempérament sanguin. La régularité de sa conduite lui avait acquis l'amitié de ses camarades et l'estime de ses chefs. Enrôlé dans le génie en 1813, il fit la campagne d'Espagne, et en 1828 et 1829, celle de Morée. Il se trouvait à Lyon, en 1831, lors des mouvements politiques qui troublèrent cette ville. Saisi par une troupe d'ouvriers qui voulaient le jeter dans le Rhône, il éprouva une émotion si violente, qu'il lui survint une maladie dont on ne peut actuellement apprécier la nature. Il devint sujet, en outre, à des attaques d'épilepsie, légères d'abord, et qui restèrent telles longtemps, puisque Pierre S..... put demeurer au service jusqu'en 1843. Ces attaques étaient alors fort rares ; *deux ans entiers se sont même écoulés une fois sans manifestation épileptique.* Il ne fut soumis à aucun traitement. Admis à la retraite, il vint aussitôt habiter Montpellier.

Peu de temps après, *en proie à un accès de fureur*, Pierre S..... se précipita dans la rue, et, sans doute sous l'influence de quelque hallucination ou de quelque illusion, il essaya de désarmer une sentinelle qui se trouvait sur son passage. On eut beaucoup de peine à

(1) Dr Cavalier, Thèse, *Fureur épileptique*, 1850.

s'emparer de lui. Ramené dans son logement, Pierre S..... devint assez promptement calme, et resta libre. Il paraît qu'il eut plusieurs autres accès de délire moins violents, et qui ne donnèrent pas lieu à des scènes de tumulte.

Au mois de mai 1846, à la suite de quelque discussion irritante, dit-on, Pierre S..... fut saisi d'un nouvel accès de fureur ; s'armant d'un couteau, il fit à plusieurs personnes inoffensives des blessures si graves, qu'on les crut tout d'abord mortelles. Une vive terreur gagna les assistants ; tout le monde fuyait. La force publique parvint enfin à s'emparer de lui, et le conduisit dans les prisons du palais de justice. Une instruction fut commencée, mais les poursuites furent abandonnées, lorsqu'on eut constaté que ces actes de violence avaient été la conséquence d'un accès d'aliénation mentale. Par ordre de l'autorité administrative, il fut conduit dans l'asile public des aliénés de Montpellier. Lors de son entrée dans l'asile, le 12 juin 1846, Pierre S..... jouissait d'une bonne santé ; *il ne présentait aucun signe d'aliénation mentale.* Il était seulement susceptible, irritable, et s'exagérait quelquefois l'importance de ce qui pouvait lui être désagréable ; il avait, en un mot, ce qu'on pourrait appeler le caractère d'un épileptique. Ainsi, il lui est arrivé de se précipiter, plein de colère, sur un malheureux aliéné qui avait paré sa boutonnière d'un ruban rouge ; il prétendait que lui seul dans la maison avait le droit de porter la décoration. Malgré cette irritabilité, il était fort soumis et très respectueux à l'égard des chefs de l'établissement. *Ce malade n'avait que de loin en loin des accès d'épilepsie.*

Au moment de son admission dans l'asile, Pierre S..... vivait avec une femme dont il avait un enfant ; il désira le légitimer par un mariage. Le médecin en chef, M. Rech, fit un certificat dans lequel il constatait que l'aliénation mentale n'était pas continue, que pendant les intermissions, assez longues d'ailleurs, la raison était entière, et l'autorité civile procéda au mariage.

Dans le courant de novembre 1847, Pierre S..... eut de fréquentes attaques d'épilepsie; elles étaient annoncées, quelques jours à l'avance, par des étincelles que ce malade croyait voir ; *elles n'étaient point d'ailleurs suivies de délire ni d'agitation.* Cet état persista, sans variation notable, jusqu'au mois de mars 1848.

Les attaques devinrent plus fréquentes à partir de cette époque ; *elles se reproduisaient surtout la nuit.* Un affaiblissement intellectuel en était la conséquence ; il durait une demi-heure, trois quarts d'heure, quelquefois plus longtemps. Alors Pierre S..... ne comprenait rien à ce qui l'environnait ; il s'agitait sans motifs, et quand il avait repris l'usage de ses sens, il ne pouvait rendre compte de ce qui s'était passé. Il jouissait habituellement de toute sa raison, et se serait soumis avec résignation à son isolement, si sa femme n'était point venue l'exciter fréquemment, en le pressant de réclamer sa sortie. Les refus qu'il éprouvait l'irritaient et troublaient parfois sa raison ; il ne se porta néanmoins à aucun acte de violence.

L'autorité administrative accordait fréquemment à cet aliéné l'autorisation d'aller voir sa femme en ville, sous la surveillance d'un infirmier. Il profita d'une de ces permissions pour se rendre auprès du commissaire du gouvernement, afin de réclamer sa liberté ; son animation fut extrême, malgré la présence de sa femme et d'un infirmier.

Les attaques furent encore plus fréquentes et plus graves dans le mois de septembre 1848. Il se passait peu de nuits que Pierre S..... ne fût plongé dans quelque accès, souvent assez bruyant pour réveiller les malades qui couchaient dans le même dortoir. Il poussait alors des cris lugubres qui causaient une pénible impression à ceux qui les entendaient. A ces cris succédait d'ordinaire un râle des plus sonores, après lequel Pierre S..... tombait dans cette sorte de torpeur qui est la suite ordinaire des attaques de cette nature. Le lendemain, ce malade ne se souvenait de rien ; il se plaignait seulement d'un brisement tout particulier qu'il ne pouvait expliquer. *Il avait quelquefois, mais bien plus rarement, des attaques pendant le jour.* Quelques-unes se bornaient à un simple vertige ; d'autres consistaient en une perte de connaissance avec chute, mais, sans convulsions notables. Le délire survenait d'ordinaire dans ce dernier cas, et persistait une demi-heure, une heure. Pierre S..... était alors obstiné, refusait d'obéir, ou même ne comprenait pas, s'agitait sans motifs, prononçait des paroles qui n'avaient pas de sens, mais n'était point offensif. Enfin, mais plus rarement, de violentes attaques se manifestaient avec fortes convulsions, délire très intense. La plupart de ces attaques n'étaient suivies immédiate-

ment d'aucune action de la part du malade ; mais quelquefois, à la suite d'attaques d'épilepsie paraissant avortées, c'est-à-dire ayant une expression symptomatique moins marquée, la modification psychique était bien plus profonde ; il se livrait alors à des actes plus graves pour lui et pour les assistants. Ainsi, on a vu cet épileptique se servir d'un couteau qu'il avait à l'insu des gardiens, le manier, et chercher à faire des boutonnières à son pantalon. A la suite de quelque autre attaque, il voulait renverser la table du réfectoire, et l'on eut quelque peine à l'en empêcher. Le délire était encore, à cette époque, rare et surtout de courte durée. Dans l'intervalle des accès, d'ailleurs, la raison était entière, le calme complet, la soumission parfaite. L'autorité administrative n'accorda plus qu'une permission de sortie tous les quinze jours.

Cet état se prolongea jusqu'au mois de mars 1849, sans aggravation bien notable. Pierre S..... devint alors plus morne, plus irritable ; on remarqua qu'il recherchait la solitude. Il paraît que les chagrins de famille n'étaient pas étrangers à cette modification mentale. Néanmoins, chose digne de remarque, les attaques étaient alors plus rares et moins graves ; l'affection épileptique semblait en quelque sorte ramasser ses forces pour se manifester avec plus d'intensité.

Le 21 avril, Pierre S..... eut deux attaques dans la journée, et trois la nuit suivante. Le lendemain matin, il délirait, mais il était inoffensif et ne se plaignait même de personne. Le soir, le délire augmenta et fut accompagné d'irritation. La journée et la nuit se passèrent ainsi dans l'agitation, sans nouvelle attaque.

Le 22 était le jour fixé pour la sortie de quinzaine ; le médecin jugea prudent de retenir ce malade. L'agitation s'accrut, et contre toutes ses habitudes de soumission et de respect, Pierre S..... alla jusqu'à menacer de frapper et même de tuer le médecin alors absent. Ces menaces durèrent longtemps ; elles ne changèrent que d'objet, et furent proférées, tantôt contre les sœurs, tantôt contre les infirmiers. L'exaspération était extrême ; elle revêtait par moments tous les caractères de la fureur ; les hallucinations se succédaient rapidement ; le plus souvent, les assistants ne pouvaient assigner aucun motif, même futile, à ces emportements.

La nuit du 22 au 23 fut assez tranquille, et le lendemain, à la

visite, le médecin trouva Pierre S..... calme et respectueux. Il ordonna douze sangsues à l'anus. Pierre S... sembla accepter cette prescription avec plaisir ; mais, l'agitation et le délire étant revenus, ce malade refusa les sangsues, malgré toutes les injonctions. Cependant, vers le soir, il parut se décider, et les sangsues furent appliquées ; mais à peine avaient-elles pris, qu'il les arracha toutes avec la main. Cette exaltation dura jusqu'au 27 avril, mais en diminuant de violence, au point que de la fureur elle se réduisit successivement à une simple irritabilité. On remarqua que l'exaspération était généralement plus intense le soir que le matin. *On n'observa pas de nouvelles attaques d'épilepsie pendant tout le septénaire de l'accès.*

Il n'y eut pas d'accès notables de délire jusqu'au mois de mars 1850 ; on remarqua seulement, de temps en temps, un peu plus d'irritabilité. Quant aux attaques d'épilepsie, elles eurent à peu près le même degré d'intensité et de fréquence. Dans la première quinzaine de mars 1850, les attaques d'épilepsie devinrent bien plus rares. Trois ou quatre jours avant le 21 mars, Pierre S..... eut quatre ou cinq attaques d'épilepsie assez fortes. Il devint alors sombre par moments ; néanmoins il n'y eut pas de délire manifeste, et à part cette légère surexcitation, rien ne pouvait faire présager un nouvel et plus terrible accès.

Pierre S.... ne paraît pas avoir eu d'attaques épileptiques dans la nuit et dans la matinée du 21, cependant l'irritabilité était notable. Dans l'après-midi, Pierre S..... ayant été heurté involontairement par un aliéné aveugle, lieutenant en retraite, s'emporta violemment, et finit même par lui donner, sans autre motif, deux ou trois coups de poing. L'irritation alors ne tarda pas à se calmer, pour faire place aux idées les plus noires. Pierre S..... se reprochait vivement d'avoir frappé un de ses supérieurs : « Tu t'es déshonoré, s'écriait-il, tu ne peux survivre à la honte. Pierre S..., tu as frappé un officier ! » Ces idées sombres l'ont vivement préoccupé toute l'après-midi. Un aliéné seulement fut témoin de cette scène et n'en rendit compte que plus tard.

Au moment où le dîner sonnait, à cinq heures du soir, Pierre S..... eut une attaque près de son lit ; un oreiller fut placé sous sa tête, et il resta seul un instant pendant que l'on conduisait les aliénés au réfectoire. Quelques minutes après, un infirmier, étant venu le pren-

dre, le trouva grièvement blessé. Pierre S..... s'était frappé vers le milieu de l'abdomen avec un couteau de poche. Tout près de lui, par terre, se trouvaient quelques mètres d'intestin grêle complètement détachés.

Le malade mourut le lendemain.

L'auteur termine cette observation par le récit de l'état physique et moral du malade jusqu'à sa mort, et par le compte rendu de l'autopsie. Nous supprimons ces détails, qui n'ont pas de relation directe avec notre sujet.

3° *Les accès de délire se produisent chez des individus dont l'épilepsie est méconnue, ou n'existe réellement pas au moment où l'on observe ces malades.*

Les faits de cette catégorie constituent l'objet principal de notre travail; ils méritent de nous arrêter plus longtemps que ceux des deux catégories précédentes. Ils sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'imagine généralement, et dignes, au plus haut degré, de fixer l'attention du praticien et du médecin légiste.

Voici comment s'exprime, à l'occasion de l'un de ces faits, M. le Dr Delasiauve :

Observation IX. — Le nommé H..., séquestré une première fois à Bicêtre comme atteint d'aliénation mentale, y fut réintégré pour la même cause, après avoir assassiné sa femme. L'avocat s'était appuyé, aux débats, pour obtenir l'acquittement du meurtrier, sur des altérations passagères de l'intelligence, et ce moyen de défense avait prévalu devant la cour. *L'épilepsie n'avait pas été soupçonnée.* Ce fut seulement dans l'asile, où, sauf quelques agitations fugitives, H... se montra jusqu'à sa mort, survenue longtemps après, d'une parfaite lucidité, que par certaines circonstances, auxquelles se joignit la déclaration d'un parent, révélant des crises nerveuses antérieures, on fut conduit à rattacher ses égarements momentanés, et partant ses actes répréhensibles, *à des accès épileptiques nocturnes.*

Convaincu que la perpétration criminelle résultait d'un trouble

mental, la justice avait agi prudemment en substituant la séquestration administrative à une condamnation capitale. *L'existence des attaques si elle avait été connue, aurait rassuré plus complètement les magistrats sur l'équité de leur arrêt* (1).

Cette observation très curieuse démontre que l'existence de l'épilepsie, chez des individus considérés simplement comme aliénés, peut être méconnue pendant longtemps, même par des médecins très habitués à cette maladie.

Nous allons y joindre plusieurs observations analogues, recueillies par nous-même. Ce sont des exemples du genre de délire auquel nous avons donné le nom de *petit mal intellectuel*. Dans la plupart de ces cas, la maladie qui seule avait fixé l'attention était l'aliénation mentale. C'est seulement par l'examen des caractères spéciaux du délire que nous avons été conduit à soupçonner et à découvrir chez ces malades des vertiges ou de grandes attaques nocturnes. Nous nous bornerons, pour le moment, à relater ces observations, sans les faire suivre d'aucun commentaire, nous réservant d'y revenir plus tard, à l'occasion de la médecine légale.

Observation X. — Le nommé V....., vingt et un ans, a été arrêté le 22 mars 1858, à onze heures du soir, dans Paris, et conduit à la préfecture de police, pour avoir donné, sans motif appréciable et sans provocation, un coup de couteau à une fille publique qu'il avait rencontrée sur un trottoir. Interrogé le lendemain 23 mars, il nous a donné les renseignements suivants, que nous rapportons sous forme aphoristique, pour abréger cette observation.

V..... se rappelle d'une manière confuse ce qu'il a fait avant et après l'acte violent sus-mentionné ; mais, au moment même où il a frappé cette femme, il avait, dit-il, la tête perdue. Il ne se rappelle qu'une chose, c'est que le couteau est entré en quelque sorte tout seul. En se sauvant après l'accomplissement de l'acte, il n'avait pas l'idée de ce qu'il venait de faire ; ce n'est qu'en arrivant sur la place des Victoires qu'il a commencé à se rendre compte d'une manière incomplète de l'action qu'il venait de commettre.

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, p. 486.

Voici les renseignements que nous avons obtenus de lui sur ses antécédents :

Ce malade ne sait pas s'il y a dans sa famille des personnes tombant du haut mal ou atteintes d'aliénation mentale. Il a eu une fièvre typhoïde il y a trois ou quatre ans. Il n'est pas sujet aux maux de tête. Il éprouve très fréquemment des étourdissements ; il est alors obligé de s'appuyer sur une table, ou sur le premier objet venu, pour ne pas tomber. C'est comme un nuage, dit-il, qui lui passe devant les yeux. Un jour il parlait et l'étourdissement lui a coupé la parole. Ces étourdissements surviennent chez lui deux ou trois fois par jour. Il lui est arrivé souvent de voir comme de petites boules bleues devant les yeux ; autrefois c'était du rouge. Il lui prend quelquefois des tremblements involontaires qui durent environ un quart d'heure. (Les attaques que le malade appelle des tremblements sont-elles de véritables attaques d'épilepsie? C'est ce qu'il est impossible de déterminer à l'aide du compte rendu fait par le malade lui-même.) Il dit éprouver de temps en temps une émotion subite au cœur.

V..... déclare lui-même qu'il n'a pas beaucoup de mémoire. Il y a des moments surtout où la mémoire lui manque complètement. Le patron chez lequel il était employé lui donnait quelquefois des courses à faire, et en route, il oubliait l'objet de sa course. Quelquefois même il se surprend ne sachant plus faire son ouvrage habituel. Quand il lit, il lui arrive souvent d'être distrait et de ne plus savoir ce qu'il lit. Autrefois il aimait beaucoup la lecture ; mais depuis deux ou trois mois, il ne peut plus lire. Il ne se rappelle pas si, dans certains moments, il lui arrive d'avoir des accès de folie et de déraisonner. Il prétend être somnambule pendant la nuit. Souvent, en travaillant, il surgit dans son esprit des idées tristes tout à coup. Il a eu fréquemment des idées de suicide ; depuis deux ans et demi, il lui prend souvent l'idée de se jeter à l'eau, quand il passe sur les ponts. Ces envies de se tuer surviennent tout à coup, dit-il, sans qu'il sache pourquoi. Dans ces moments-là, il veut mourir, sans se sentir triste ou malheureux. Son père est mort le 21 février dernier. Quatre jours avant la mort de son père, il avait cherché à s'empoisonner avec un narcotique. Il est resté alors trois jours enfermé dans une chambre, sans en sortir. Il dit n'être pas colère habituellement et n'avoir jamais rien brisé. Il lui arrive très souvent de quitter brus-

quement son atelier et de se promener sans but dans Paris ou dans les environs ; il affirme cependant qu'il ne se perd jamais. Un jour il est parti tout à coup de son atelier pour faire à pied le voyage d'Amiens ; il est resté deux jours sans rentrer chez lui et sans manger.

Le jour où il a commis l'acte violent pour lequel il a été arrêté, il s'était promené pendant toute la journée dans la campagne, et n'avait rien mangé.

A la suite de cet interrogatoire, V..... fut envoyé à Bicêtre comme épileptique aliéné. Il fut jugé irresponsable de l'acte non motivé et sans préméditation qu'il avait commis, au milieu d'un état de délire évident, lié à des vertiges épileptiques fréquents, sans grandes attaques convulsives régulièrement constatées.

Observation XI. — Le nommé M..... (Georges), âgé de vingt ans, a été amené à la préfecture de police pour actes de violence envers son père. A première vue, il paraît faible d'intelligence. Il dit qu'il en veut à son père, parce que celui-ci l'appelle idiot, et que c'est la chose qu'il peut le moins supporter. En l'interrogeant plus attentivement, j'arrive à me convaincre qu'il est moins faible d'intelligence qu'il ne le paraît, et qu'en réalité il est épileptique. Il avoue, en effet, qu'il a des étourdissements très fréquents, qu'il est alors obligé de s'appuyer sur le premier objet venu pour ne pas tomber, et même qu'il tombe quelquefois. Il a de plus de fréquents moments de colère qui lui prennent tout à coup ; ils s'accompagnent de tremblements, et sont souvent suivis de pleurs : c'est une maladie, dit-il. Ces accès commencent par des visions ; il voit son père, qui lui fait peur, et il lui donne des coups de pied pour le chasser. Il voit des flammes, des cercueils, des morts, qui l'effrayent. Il est alors comme étourdi, comme un homme ivre. Il souffre horriblement de la tête, s'arrache les cheveux, et veut se frapper la tête contre les murailles; il est dans le désespoir, a des envies de se tuer, de se mettre sous les roues des voitures ; une fois même, il a réalisé cette pensée, et, si la voiture eût marché, il eût été écrasé. Il a alors la tête comme perdue, dit-il, et ne se rappelle pas ensuite ce qu'il a dit ou fait pendant ses accès. Sa mémoire se perd, *surtout dans certains moments*. Il est employé chez un avoué et a de fréquentes distractions ; il se trompe souvent en copiant ; il met un mot pour un autre, et

quelquefois ses propres idées à la place de celles qu'il devrait copier; tantôt il met des lettres en trop, tantôt au contraire il oublie et saute des mots ; fréquemment il ne peut ni lire ni écrire ; il est alors absorbé, distrait et comme absent. Il lui arrive souvent de sortir de chez lui pendant le jour ou pendant la nuit ; il éprouve le besoin de marcher sans but, et alors quelquefois il se perd. Une fois il s'est retrouvé ainsi au milieu de la plaine Saint-Denis ; une autre fois, il a été ramassé par la police.

En résumé, ce malade a de fréquentes absences ; il éprouve des étourdissements, des pertes de mémoire, des désespoirs subits avec envies de se détruire, un besoin de vagabondage sans but, enfin des accès de colère fréquents, instinctifs, accompagnés d'hallucinations, surtout de la vue, et d'actes de violence contre son père et sa mère. Tous ces faits suffisent, à nos yeux, pour établir chez lui l'existence d'un délire épileptique très caractérisé, lié à des vertiges. Il prétend que pendant ses accès il n'a jamais envie de faire du mal qu'à son père et à sa mère, et qu'il ne frapperait que pour se défendre; mais comme sa mémoire est très confuse, il peut bien ne pas se rappeler d'autres actes de violence auxquels il s'est peut-être livré, comme la plupart des épileptiques atteints de cette forme particulière de trouble mental à laquelle nous avons réservé le nom de *petit mal intellectuel*.

Observation XII. — R..., vingt et un ans, est épileptique, avec vertiges fréquents et grandes attaques environ deux fois par mois. Il a été plusieurs fois à Bicêtre et à l'asile de Niort. Il se rappelle peu de choses lui-même relativement à ses accès ; mais il sait qu'il est épileptique, qu'il a voulu se suicider, *sans savoir pourquoi*, et que souvent il se promène, pendant plusieurs jours, sans motif et sans savoir où il va. Les renseignements qui se trouvent dans son dossier constatent le vagabondage, les actes violents, l'action de briser, les tentatives fréquentes de suicide et les accès de fureur de plusieurs jours, avec intervalles de calme et de raison assez complète, pour que plusieurs fois les commissaires de police et les médecins n'aient pas voulu constater l'aliénation.

Observation XIII. — G....., quarante-sept ans, est domestique à Saint-Nicolas. Par moments, il lui prend des besoins de marcher, de

se sauver, sans savoir où il va : « Je vais n'importe où, dit-il ; je vais *où la tête me fait aller* ». Quelquefois cet état dure une heure, d'autres fois plus longtemps. Il prétend n'avoir eu qu'une seule fois une attaque de nerfs, avec tremblement général ; mais il sent que sa mémoire est infidèle et qu'il oublie beaucoup de choses. Il a souvent la tête lourde et les jambes faibles ; très fréquemment, il se mord la langue pendant la nuit, et il laisse écouler involontairement ses urines en rêvant. Il éprouve quelquefois des envies de se faire du mal ; mais ordinairement, dit-il, ces idées ne durent pas longtemps. Il prétend qu'habituellement il n'est pas colère, il y a quelque temps cependant il était susceptible et disposé à l'irritation.

Il éprouve quelquefois des étourdissements ; mais ce qu'il ressent le plus souvent, ce sont des faiblesses dans les jambes. Il est habituellement d'un caractère gai ; mais, quand sa tête est malade, dit-il, il devient triste. Il entend quelquefois des voix, comme si on lui parlait ; il parle alors seul malgré lui sans savoir pourquoi. Il pleure également sans motifs : les larmes lui viennent tout à coup, dit-il, mais cela ne dure pas ; cet état de tristesse disparaît presque instantanément. « Je ne perds jamais complètement connaissance, dit-il, mais *je me sens poussé*, malgré moi, à faire une chose ou une autre. » Il prétend qu'il ne lui est jamais arrivé de frapper personne, et qu'il est doux de caractère. Sa vue est quelquefois brouillée.

Observation XIV. — L... (Henri-Gustave), vingt-neuf ans, né à Domfront (Orne), est venu de lui-même se livrer entre les mains du commissaire de police, pour se soustraire aux persécutions dont il se croit l'objet : « *Il ne veut plus être la risée de tout le monde.* Il entend des voix jour et nuit ; on lui reproche des crimes imaginaires. Il est si malheureux, dit-il, qu'il demande protection pour devenir plus libre. Il voit quelquefois des figures et des lumières rouges ; il a des frayeurs ; il éprouve par moments le désir de se jeter à l'eau ; d'autres fois, il a besoin de frapper contre les murs ou par terre, pour épuiser sa colère. Il n'est pas méchant, dit-il ; quelquefois seulement il est colère et disposé à frapper, mais il se retient. »

Il éprouve souvent des tremblements et des étourdissements ; une fois même il est tombé. Il est donc bien évidemment épileptique. Tous ces phénomènes surviennent chez lui par accès : tantôt il

parle, agit et travaille, comme tout le monde ; tantôt, au contraire, il a de l'obtusion dans les idées, il oublie tout, ne peut plus se retrouver dans ce qu'il fait ; il erre çà et là, dans un état de vagabondage, veut se tuer, et dit lui-même qu'il ne sait ce qu'il fait. Il entend alors des voix, il voit des lumières et des figures qui passent devant ses yeux. Il a en partie conscience du vague et de la confusion qui existent dans ses idées.

Les observations qui précèdent suffiraient pour faire connaître les caractères particuliers du trouble mental auquel nous avons donné le nom de *petit mal intellectuel des épileptiques*. Elles permettent d'apprécier l'importance de l'étude de cet état mental, pour faire découvrir chez ces individus des vertiges épileptiques ou de grandes attaques nocturnes, qui, sans cette connaissance, pourraient rester ignorés. Néanmoins, pour compléter la démonstration d'un fait aussi important pour la clinique et la médecine légale, nous ne pouvons nous empêcher de citer ici une dernière observation, plus curieuse encore que les précédentes, que nous avons eu l'occasion de recueillir, dans la prison du palais de justice à Rouen, avec le Dr Morel, de Saint-Yon. Cette observation est d'autant plus intéressante à rapporter que le jeune homme qui en fait l'objet, et qui présentait évidemment tous les symptômes physiques et moraux de l'épilepsie, avait été condamné à cinq ans de prison par la cour de Rouen, à la suite d'un acte violent commis sous l'influence de sa maladie, et commençait à subir sa peine dans la prison, au moment où nous l'avons interrogé (7 août 1857).

Observation XV. — Le nommé S....., âgé de vingt et un ans, a été condamné à cinq ans de prison par la cour de Rouen, pour avoir failli tuer un de ses camarades de fabrique d'un coup de pilon. Voici les détails que nous avons pu obtenir de lui-même sur ses antécédents et sur son état actuel :

Il est né en Alsace et appartient à une famille qui compte des aliénés, des apoplectiques et des épileptiques. Il dit lui-même que sa maladie lui vient du côté de sa mère, qui a été longtemps malade comme lui, et qui en est morte ; plusieurs de ses frères et sœurs en sont morts également. Lui-même a toujours été bizarre et

original ; d'un caractère sombre et mélancolique, il passait fréquemment d'une gaieté excessive à une prostration très grande. Irritable au plus haut degré, il lui est arrivé fréquemment de frapper ses camarades, sans provocation aucune. Ses amis avaient eu tant à souffrir de l'inégalité de son caractère, que peu à peu ils s'étaient éloignés de lui. Lorsqu'on lui rappelait ces faits, il niait les avoir commis ; ses souvenirs étaient si vagues et ses actes si instantanés, qu'il ne pouvait donner l'explication des actes étranges dont il était le premier à gémir. Employé dans une fabrique de Rouen, pour un talent particulier de coloriste, qu'il possédait à un haut degré, malgré le niveau peu élevé de son intelligence, il se défiait tellement de lui-même, qu'il avait rompu toute relation avec ses camarades, et se renfermait le plus souvent dans sa chambre, où il se livrait à des expériences de chimie. Il rapporte qu'il éprouve, depuis son enfance, de fréquents étourdissements, qui lui passent devant les yeux comme un brouillard. Il sait si bien qu'il est sujet à des étourdissements qui l'obligent à se coucher pendant le jour pour ne pas tomber, et qui le poussent malgré lui à casser et à frapper, qu'il en a prévenu le directeur de la fabrique avant d'y entrer; il lui a dit, en outre, que quelquefois il ne se rappelait pas ce qu'il venait de faire ou d'écrire, et que plus tard il était obligé de déchirer et de refaire certaines pages de ses registres, qu'il avait mal écrites pendant qu'il était malade. Il sent si bien qu'il est exposé à perdre la mémoire dans certains moments, qu'il a pris depuis longtemps l'habitude de mettre par écrit les choses dont il désire conserver le souvenir, et que sans cette précaution il oublierait. Il accuse des maux de tête presque continuels ; par moments, ils sont extrêmement intenses, surtout au front, puis au sommet, et vont en diminuant à la partie postérieure. Ces maux de tête sont quelquefois si forts pendant la nuit, qu'il est obligé de se tenir presque assis dans son lit, ou même de ne pas se coucher. Il dort très peu ; il se réveille vingt minutes, ou une demi-heure environ, après s'être endormi, par suite de ses maux de tête ou de ce qu'il appelle des serrements de nerfs; il sent alors ses bras qui se crispent et se contractent, puis ses yeux se brouillent. Il lui est arrivé souvent, en dormant, de se mordre, non pas la langue, mais l'intérieur des joues. Il se réveille fréquemment avec les pouces serrés dans le creux de la main, et la salive qui s'écoule le long de sa bouche.

Pendant le jour, au moins trois fois par semaine, il éprouve des étourdissements semblables. Jamais il n'est tombé, dit-il, parce que ces étourdissements ne surviennent pas tout à coup, et qu'il a le temps de se prémunir contre la chute. Il sent ses mains qui se crispent, ses yeux qui se brouillent, et il est obligé de s'appuyer sur un meuble, sur le lit, ou même de se coucher, parce qu'il ne pourrait pas se tenir debout. Ces phénomènes se produisent surtout dans la soirée, mais également pendant le jour. Néanmoins, il dit n'être jamais tombé complètement, ne pas s'être blessé, et n'avoir jamais été rapporté chez lui sans connaissance.

Lorsque ces étourdissements se reproduisent plusieurs fois de suite, il se sent, malgré lui, porté à frapper, à briser les objets ; il cherche à se contenir, mais quelquefois il ne peut s'en empêcher. Il lui est arrivé souvent de casser les objets dont il se sert pour ses couleurs. Quand il est dans cet état, il se méfie de lui-même ; il évite de parler à qui que ce soit, et s'éloigne volontairement, quand on s'approche de lui, parce qu'il sent que si on lui disait le moindre mot, il entrerait en discussion et frapperait celui qui lui répondrait. « Dans d'autres moments, dit-il, j'ai un caractère très doux ; mais, dans ces moments-là, je fais des choses que je regrette bien après. C'est comme cette fois-ci, je ne sais pourquoi j'ai frappé mon camarade, que j'aimais bien ; j'en ai été bien peiné plus tard, mais dans le moment je n'y pensais pas. »

Quand il éprouve ces étourdissements coup sur coup, sa mémoire s'affaiblit beaucoup ; il veut prendre un objet, et, en allant le chercher, il oublie ce qu'il allait faire. Dans ces moments-là, il lui arrive également d'écrire des choses qu'il ne se rappelle plus ensuite avoir écrites ; quand il les relit plus tard, il les déchire, parce qu'il s'aperçoit que ce n'est pas bien fait. Il lui est ainsi fréquemment arrivé de déchirer plusieurs pages de ses registres. La mémoire est beaucoup plus affaiblie après les étourdissements que dans les intervalles ; il se rappelle plus tard des choses qu'il avait complètement oubliées après les étourdissements. C'est ainsi, par exemple, qu'on lui a fait voir un papier qu'il aurait écrit dix minutes après l'acte violent pour lequel il a été condamné ; or il se rappelle bien être monté dans sa chambre après cet acte, et avoir pris son registre, mais il ne se rappelle pas du tout ce qu'il a écrit. Il dit n'avoir jamais

éprouvé d'absences de plusieurs jours, mais avoir eu des moments où on le considérait comme hébété. Il se promenait alors constamment dans sa chambre; il avait un grand besoin de locomotion, ne pouvait ni travailler ni se fixer à rien; il ne se promenait pas au dehors ou dans la campagne, mais il ne pouvait rester en place.

Les détails de l'acte violent pour lequel ce jeune homme a été condamné sont intéressants à rapporter. En passant auprès de son camarade, qui était le seul ami qu'il eût conservé dans la fabrique, il s'arrêta devant lui, l'embrassa à plusieurs reprises avec effusion de larmes, puis revint s'asseoir à sa place. Il était connu comme très excentrique et personne n'y fit attention. Un instant après, il se leva de nouveau, passa encore derrière son ami, et, cette fois, lui asséna sur la tête un coup de pilon si violent qu'on le crut mort sur le coup. Le malade lui-même, interrogé dans la prison sur les détails et les motifs de cet acte, nous répond qu'il en a en grande partie perdu le souvenir; cependant, il sait qu'il a frappé son camarade sans préméditation : le pilon était toujours auprès de lui, il s'en est servi parce qu'il l'a trouvé sous sa main. Il se rappelle que son ami avait accusé, les jours précédents, les personnes de la fabrique d'avoir mis du jalap dans sa soupe et d'avoir voulu l'empoisonner; cette accusation lui est revenue tout à coup à l'esprit en voyant cet individu devant lui, il a cru qu'il l'accusait lui-même de ce crime; alors, cette idée lui ayant traversé l'esprit, il le frappa machinalement, par suite d'une impulsion instinctive à frapper qu'il avait dans ce moment comme dans beaucoup d'autres, et qu'il a amèrement regrettée depuis.

Les observations précédentes terminent la série des faits destinés à prouver que l'épilepsie diurne ou nocturne peut être méconnue chez des malades présentant les caractères spéciaux du délire épileptique, et que la connaissance de ce délire spécial peut devenir un auxiliaire précieux pour découvrir les symptômes physiques de la maladie qui passeraient inaperçus.

Pour compléter l'exposé des faits que nous voulions rapporter, il nous resterait maintenant à aborder le côté le plus délicat de notre sujet. Nous aurions à citer des exemples de transformation de l'épilepsie en délire, chez des malades qui ont été épileptiques, mais qui

n'offrent plus les symptômes physiques de la maladie, au moment où on les observe. Cette question touche à l'un des problèmes les plus ardus de la pathologie générale, c'est-à-dire à la transformation possible des maladies les unes dans les autres; elle nous amènerait à envisager dans l'épilepsie la convulsion et le délire comme deux symptômes ou comme deux manifestations diverses d'un même état morbide. Cette question de doctrine ne peut être traitée ici incidemment, à l'occasion de quelques observations particulières ; nous nous sommes, du reste, imposé à cet égard une extrême réserve. Nous n'avons voulu nous appuyer, pour décrire les caractères du délire épileptique, que sur des faits d'épilepsie certaine, dans lesquels la relation entre le délire d'une part, les vertiges et les attaques convulsives d'autre part, ne pouvait être contestée par personne. Néanmoins, pour parcourir entièrement le cercle que nous nous sommes tracé, nous croyons devoir relater ici, sans réflexions, les trois observations suivantes, dont deux sont déjà consignées dans les annales de la science et dont la troisième nous est personnelle. Notre but est simplement d'attirer l'attention des observateurs sur ces faits singuliers, dans lesquels le délire paraît n'être qu'une transformation de l'épilepsie, qui a cessé de se produire depuis assez longtemps ; quelquefois même, elle reparaît de nouveau plus tard, et son retour coïncide alors avec la disparition du trouble mental.

Voici ces trois observations, bien dignes d'être méditées :

Observation XVI. — Un paysan, né à Krumbach, en Souabe, et de parents qui ne jouissaient pas de la meilleure santé, âgé de vingt-sept ans, célibataire, était sujet, depuis l'âge de huit ans, à de fréquents accès d'épilepsie. Depuis deux ans, sa maladie a changé de caractère, sans qu'on puisse en alléguer de raison ; *au lieu d'accès d'épilepsie, cet homme se trouve depuis cette époque, attaqué d'un penchant irrésistible pour le meurtre.* Il sent l'approche de son accès plusieurs heures, quelquefois un jour avant l'invasion; du moment où il a ce pressentiment, il demande avec instances qu'on le garrotte, qu'on le charge de chaînes, pour l'empêcher de commettre un crime. « Lorsque cela me prend, dit-il, il faut que je tue, que j'étrangle, ne fût-ce qu'un enfant. » Son père et sa mère, que

du reste il chérit tendrement, seraient, dans ses accès, les premières victimes de son penchant au meurtre : « Ma mère, s'écrie-t-il d'une voix terrible, sauve-toi ou il faut que je t'étouffe ! »

Avant l'accès, il se plaint d'être accablé par le sommeil, sans cependant pouvoir dormir ; il se sent très abattu et éprouve de légers mouvements convulsifs dans les membres. Pendant les accès il conserve le sentiment de sa propre existence. Il sait parfaitement qu'en commettant un meurtre, il se rendrait coupable d'un crime. Lorsqu'on l'a mis hors d'état de nuire, il fait des contorsions et des grimaces effrayantes, tantôt chantant, tantôt parlant en vers. L'accès dure d'un à deux jours ; l'accès fini, il s'écrie : « Déliez-moi ; hélas ! j'ai bien souffert, mais je m'en suis tiré heureusement, puisque je n'ai tué personne » (1).

Observation XVII. — Le Dr Schupmann rapporte l'observation d'une épileptique âgée de trente ans, dont les accès étaient d'une remarquable intensité. Elle fut atteinte du choléra qui l'affaiblit beaucoup, mais qui se termina cependant par la guérison. A peine rétablie, elle s'agita, montra beaucoup de mobilité, prétendit qu'elle sentait remuer quelque chose de vivant dans son ventre et, se pénétrant de plus en plus de cette idée fixe, finit enfin par prétendre qu'elle était enceinte. La moindre contradiction à ce sujet produisait un accès de fureur tel qu'il fallait l'assujettir sur un fauteuil. On tenta plusieurs épreuves pour la tirer d'erreur, on simula même un accouchement, et l'on eut alors l'occasion d'observer une excitation assez vive du côté des organes de la génération. Tout fut inutile ; elle resta dans son erreur. Le sommeil l'avait quittée, l'agitation n'avait pas de trêve. On y opposa l'emploi de l'opium à haute dose, ainsi que du camphre et du nitre, et l'on finit par obtenir graduellement un peu de repos ; mais l'idée fixe restait toujours. *Elle n'a disparu que par le retour des accès d'épilepsie, qui, pendant cette aliénation mentale passagère, n'avaient pas reparu, et étaient ainsi la cause de ce délire* (2).

(1) Esquirol, *Mémoire sur la momomanie homicide*, p. 831 ; fait emprunté à Gall.

(2) Extrait, par Renaudin, du *Journal fur psychiatrie*, 2e cahier, 1847, dans les *Annales médico-psychol*, 2e série, t. I, p. 301.

Observation XVIII. — Le nommé B....., âgé de quarante-trois ans, a été réformé autrefois du service militaire pour cause d'épilepsie. Il y a quelques jours (3 décembre 1860), il s'est présenté chez un commissaire de police pour lui demander protection contre lui-même. Il lui apprit que sa femme l'ayant quitté, il s'est trouvé pris d'un accès de désespoir involontaire, qu'il perd la tête, qu'il ne sait plus ce qu'il fait, qu'il erre dans la campagne, qu'il éprouve le besoin irrésistible de tuer sa femme et *qu'il la tuera !*

Cet homme, âgé de quarante-trois ans, est, dans le moment où je l'interroge (5 décembre 1860), dans un état mental satisfaisant ; il n'a aucune hébétude, répond facilement à toutes les questions, et dit qu'il veut écrire à sa femme pour l'engager à revenir avec lui. Son état de délire a donc disparu.

Il dit qu'il a quelquefois des sueurs qui lui prennent subitement à la suite de la plus simple contrariété ; que de temps en temps il boit, mais qu'en dehors de cette circonstance il ne perd pas la tête. Il prétend qu'il ne lui arrive jamais de se promener sans but, et qu'il n'oublie pas non plus des périodes entières de son existence.

Il affirme que l'idée de tuer sa femme lui a pris tout à coup. Il dit n'éprouver jamais d'étourdissements et n'avoir pas eu d'attaques d'épilepsie depuis qu'il a quitté le régiment (à l'âge de vingt-deux ans, et il en a maintenant quarante-trois). Les étourdissements ont eu lieu, dit-il, une fois ou deux dans la première année de son mariage, en 1841 ; mais, depuis cette époque, il affirme ne plus en avoir éprouvé. La moindre chose le contrarie. Il a des nerfs, dit-il ; il lui est arrivé de frapper dans des disputes, mais il prétend qu'il ne casse pas et qu'il n'a pas de colères violentes.

Ces renseignements négatifs donnés par le malade lui-même n'ont pas une grande valeur ; ils auraient besoin d'être confirmés par le témoignage de personnes ayant vécu avec lui ; on ne doit donc les accepter qu'avec réserve.

Mais cette observation, toute incomplète qu'elle est sous certains rapports (surtout au point de vue de la cessation de l'épilepsie pendant vingt et un ans), est néanmoins très curieuse comme exemple d'une tendance instinctive à l'homicide, se développant sous forme d'accès, chez un individu qui a eu des attaques d'épilepsie vingt ans

auparavant. Reste à savoir s'il n'aurait pas encore actuellement des attaques nocturnes qui passeraient inaperçues !

Après les détails contenus dans les observations que nous avons rapportées, il nous sera possible de résumer rapidement les principales *variétés de marche du délire épileptique, dans ses rapports avec les vertiges et les attaques convulsives.*

L'épilepsie présente dans sa marche de grandes irrégularités, soit chez le même malade, soit chez des malades différents. Il est des épileptiques qui n'ont qu'un petit nombre d'accès pendant toute la durée de leur existence; il en est d'autres qui éprouvent des attaques beaucoup plus fréquentes, par exemple tous les mois, tous les quinze jours, une ou plusieurs fois par semaine, et même tous les jours ou plusieurs fois par jour. Chez certains malades, on n'observe que de grandes attaques convulsives, qui ont lieu alternativement le jour et la nuit; chez d'autres, ces attaques convulsives ne se produisent que pendant la nuit. Souvent alors elles ne se manifestent que par la morsure de la langue ou des lèvres, l'émission involontaire des urines, un ronflement particulier qui a lieu pendant le sommeil; des mouvements convulsifs partiels, plus ou moins intenses, qui ne sont remarqués que quand on les recherche; l'écume à la bouche observée au moment du réveil; enfin les petites ecchymoses très nombreuses sous la peau du cou ou du front, symptôme sur lequel Trousseau a surtout attiré l'attention des observateurs (1). D'autres épileptiques enfin ne présentent, comme manifestation de leur maladie, que des vertiges, ou de simples absences; tantôt ces symptômes existent seuls pendant plusieurs années, tantôt, au contraire, ils coïncident ou alternent avec de grandes attaques convulsives. Ces diverses manifestations de l'épilepsie, tantôt se reproduisent avec une certaine périodicité, à intervalles à peu près égaux, tantôt surviennent à intervalles très rapprochés, et comme par séries, puis cessent pendant un certain temps de se produire, et se suspendent même pendant longtemps chez quelques malades.

Les mêmes variétés que l'on constate dans le mode de succession des phénomènes physiques de l'épilepsie, on les observe dans la

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7e édition; Paris, 1885.

production des troubles intellectuels, et dans leurs rapports avec les vertiges ou les grandes attaques. Il est un certain nombre d'épileptiques qui, malgré l'intensité et la fréquente répétition de leurs accès, conservent néanmoins, pendant toute leur vie, l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, et ne présentent que de légères perturbations de l'intelligence et du caractère, auxquelles on ne peut donner le nom de *folie*. Il est d'autres malades qui, à la suite d'accès épileptiques fréquents et renouvelés pendant de longues années, arrivent peu à peu à un état continu de démence et même d'idiotisme, interrompu de temps en temps seulement par des périodes d'agitation de courte durée. Chez d'autres épileptiques enfin, la raison est généralement intacte, et l'on n'observe, pendant tout le cours de leur vie, qu'un petit nombre d'accès de délire, ou même qu'un seul accès, ainsi qu'il en existe quelques exemples bien avérés dans les annales de la science.

Néanmoins, dans la grande majorité des cas d'épilepsie déjà ancienne, les accès de délire surviennent assez fréquemment, soit en liaison directe avec les attaques, soit dans leurs intervalles; mais il existe, sous ce rapport, de grandes différences, quant au degré de fréquence, chez le même malade ou chez des malades différents. Ainsi, tantôt les vertiges ou les accès convulsifs ont lieu plus souvent que les accès de délire, c'est là évidemment le cas le plus fréquent; tantôt, au contraire, ce sont les accès de délire qui se produisent le plus fréquemment et qui attirent seuls l'attention des médecins et des magistrats; tantôt enfin, et c'est là le cas le plus rare, tous les accès convulsifs sans exception sont suivis d'accès de délire.

On voit, d'après ce résumé rapide, qu'il existe de grandes irrégularités dans le mode de production des troubles intellectuels chez les épileptiques. Il est dès lors impossible de déterminer, d'une manière absolue, la marche du délire épileptique, dans ses rapports avec les accidents physiques de l'épilepsie. Cependant, tout en admettant de nombreuses diversités individuelles, nous croyons pouvoir résumer, d'une manière géné rale, la marche la plus habituelle du délire dans ses relations avec les attaques épileptiques, par les propositions suivantes:

1° Les accès épileptiques fréquents et longtemps renouvelés amènent ordinairement l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, et conduisent peu à peu les malades qui en sont atteints à

un état de démence et d'idiotisme. Néanmoins, lorsque les attaques se suspendent pendant un temps assez long, l'intelligence peut reprendre momentanément une partie de son activité; de plus, il est quelques cas exceptionnels dans lesquels l'intelligence conserve toute son intégrité, malgré la répétition fréquente et prolongée des accès épileptiques.

2° Les absences et les vertiges, ainsi que l'a dit Esquirol, entraînent plus rapidement et plus sûrement l'affaiblissement intellectuel que les grandes attaques convulsives, même fréquemment renouvelées.

3° Les accès de délire auxquels nous avons donné le nom de *petit mal intellectuel* sont liés le plus habituellement aux vertiges ou aux attaques nocturnes; les accès de *grand mal*, au contraire, sont presque toujours en rapport avec les grandes attaques convulsives.

4° Les deux formes du délire épileptique se produisent de préférence à la période moyenne de l'épilepsie, c'est-à-dire alors que cette maladie existe déjà depuis quelques années; la première période est presque toujours exempte de délire, et la dernière est habituellement accompagnée de démence, et dépourvue de perturbations plus actives de l'intelligence.

5° Les accès de délire surviennent beaucoup plus souvent avant et surtout après les attaques épileptiques que dans leurs intervalles et à une grande distance des vertiges ou des accès convulsifs.

6° Les conditions qui, dans la marche de l'épilepsie, favorisent le plus la production du délire, sont les suivantes : Lorsque l'épilepsie est restée longtemps suspendue, elle fait souvent explosion avec une nouvelle intensité, en même temps sous la forme convulsive et sous la forme délirante. Lorsque les accès épileptiques se reproduisent à intervalles très rapprochés, par séries, et comme coup sur coup, on voit fréquemment, dans ces circonstances, apparaître le délire; cela a lieu surtout lorsque ces attaques successives sont en quelque sorte avortées, ne se manifestent que d'une manière incomplète, et que *le mal ne sort pas*, pour nous servir d'une expression souvent employée par les malades eux-mêmes ou par ceux qui les entourent. Ainsi se trouvent conciliées, selon nous, les deux opinions en apparence opposées, exprimées à cet égard par plusieurs auteurs qui se sont spécialement occupés de cette question.

M. Delasiauve, par exemple (1), pense « que des symptômes maniaques ont d'autant plus de chances de se produire, que les accès épileptiques sont plus rapprochés, plus multipliés, plus intenses, et qu'ils reconnaissent une origine plus ancienne ».

Morel, au contraire (2) s'exprime ainsi : « J'ai remarqué que les accès épileptiques étaient compliqués d'une exaltation d'autant plus grande, que ces accès étaient plus éloignés et que l'individu jouissait, dans les intervalles, d'une raison plus parfaite ». Puis, Morel (3) déclare adopter également l'opinion du Dr Cavalier, relativement à l'influence plus grande des accès avortés d'épilepsie pour la production du délire.

Ces opinions, qui paraissent contradictoires, nous semblent pouvoir se résumer dans la proposition suivante :

Le délire se produit surtout à la suite d'attaques épileptiques répétées, à intervalles rapprochés, après une longue suspension de la maladie.

Telles sont les considérations générales que nous avons cru devoir présenter sur la marche du délire épileptique. Pour terminer notre travail, il nous reste maintenant à faire ressortir les conséquences que peut avoir l'étude de ce délire spécial et de ses variétés de marche pour la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés.

TROISIÈME PARTIE

Conséquences de l'étude du délire épileptique pour la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés.

Dans l'état actuel de la science, quand on fixe son attention sur les rapports de l'épilepsie et de la folie, on se contente ordinairement de constater que ces deux affections se compliquent fréquemment l'une l'autre; tantôt alors on subordonne la folie à l'épilepsie, tantôt au contraire c'est l'affection convulsive que l'on subordonne à l'affection mentale. Dans cette direction de la science, on arrive facilement

(1) Delasiauve, p. 151.
(2) Morel, *Études cliniques*, t. II, p. 319.
(3) Morel, p. 320.

à conclure que ces deux maladies, ayant un même siège et se trouvant souvent réunies, peuvent être attribuées à une même lésion anatomique. C'est ainsi que Bouchet et Cazauvieilh (1), les ont rattachées l'une et l'autre à la congestion ou à l'inflammation du cerveau ou de ces membranes. D'autres auteurs, sans remonter jusqu'à la cause prochaine des deux phénomènes dont ils observaient la fréquente coïncidence, se sont bornés à proclamer, comme l'a fait Esquirol (2), que l'épilepsie pouvait entraîner à sa suite toutes les formes de l'aliénation mentale, depuis l'idiotisme et la démence jusqu'à la manie et au délire partiel.

Quand on se place au point de vue que nous avons cherché à faire prévaloir, on n'envisage plus de la même façon les relations qui existent entre l'épilepsie et la folie. On admet l'existence d'une folie ou d'un délire épileptique ayant des caractères spéciaux, et l'on croit qu'il est possible de remonter de la connaissance de ce délire à celle de l'affection convulsive elle-même. Dès lors on ne considère plus le délire et la convulsion comme deux maladies distinctes, mais comme deux manifestations diverses d'un même état morbide, qui peuvent exister séparément ou simultanément, alterner ou se succéder à courts intervalles, mais qui ont au fond la même signification pathologique (3).

Cette donnée théorique entraîne dans la pratique des conséquences assez importantes. Elle permet de rechercher et de découvrir chez un aliéné l'existence de l'épilepsie, alors que les signes physiques de cette maladie ont été méconnus, ou bien ne se produisent réellement pas au moment où l'on observe le malade. Elle fournit ainsi au praticien un auxiliaire précieux pour le diagnostic et le pronostic de

(1) Bouchet et Cazauvieilh, *Archives générales de médecine ;* 1825.

(2) Esquirol, *Des maladies mentales ;* Paris, 1838.

(3) Nous sommes heureux de trouver la même opinion énoncée presque dans les mêmes termes par notre honorable confrère et ami le Dr Billod. Voici comment il s'exprime à cet égard : « Quels sont les rapports qui existent entre les attaques d'épilepsie et les accès de fureur ? Ces accès de fureur? au lieu d'être consécutifs à l'accès d'épilepsie, ne seraient-ils pas une des formes multiples que peut revêtir l'atteinte du mal épileptique ? En d'autres termes, *les accès d'épilepsie et de fureur ne seraient-ils pas deux formes d'accès du même mal, deux effets différents de la même cause, au lieu d'être unis entre eux par une relation de cause à effet ?* » *Mémoire sur la paralysie générale des aliénés, Annales médico-psychologiques,* 2e série, t. II, p. 611 ; 1850.

certains états d'aliénation mentale, dont la véritable nature pourrait échapper à l'observateur. Enfin, la connaissance des troubles intellectuels propres à l'épilepsie donne une base plus solide à la classification des maladies mentales, en permettant d'établir une espèce naturelle, sous le nom de *folie épileptique*, au lieu des formes artificielles que nous possédons actuellement, sous les noms de *manie*, *monomanie*, *mélancolie* et *démence*, qui ne représentent que des états symptomatiques provisoires et non des espèces véritables d'aliénation mentale.

Mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les avantages que peut offrir pour la pathologie mentale la création d'une forme spéciale, sous le nom de *folie épileptique*. Nous avons voulu seulement signaler en passant cette conséquence de notre travail, et nous avons hâte d'arriver à son application la plus importante, c'est-à-dire à l'utilité qu'il peut avoir pour *la médecine légale des aliénés*.

La première question qui se présente naturellement à l'esprit, lorsqu'on aborde la médecine légale de l'épilepsie, est celle-ci: Tous les épileptiques qui se livrent à un acte violent justiciable des tribunaux doivent-ils être considérés, oui ou non, comme aliénés, et partant comme irresponsables? Quelques médecins, trop préoccupés des bizarreries de caractère et des singularités de conduite que l'on observe chez la plupart des épileptiques, même chez ceux qui ont conservé toutes les apparences de la raison, se sont prononcés pour l'affirmative ; ils ont admis que la seule constatation de l'épilepsie chez un individu accusé d'une action réputée criminelle devait suffire pour le faire acquitter, comme n'ayant pas joui de toute sa liberté morale au moment de l'accomplissement de l'acte qui lui est imputé.

Une doctrine aussi absolue ne peut être acceptée sans réserves ; elle étendrait outre mesure la sphère de l'irresponsabilité maladive, et, si elle était généralement adoptée par les médecins, elle compromettrait gravement leur autorité aux yeux des magistrats, qui n'admettront jamais que le fait seul de l'épilepsie puisse suffire pour faire absoudre un coupable. Les médecins qui n'observent les épileptiques que dans les asiles d'aliénés peuvent être enclins à adopter cette opinion absolue. En effet, malgré le caractère essentiellement intermittent des troubles intellectuels chez les épileptiques, la répétition fréquente des accès de délire laisse le plus souvent, dans l'es-

prit de ceux qui les éprouvent, des traces évidentes et durables, même dans l'intervalle des paroxysmes. Mais lorsqu'on ne borne pas son observation aux épileptiques qui sont renfermés dans les asiles d'aliénés, lorsqu'on l'étend à tous ceux qui vivent dans la société, sans que personne puisse soupçonner leur maladie, il est impossible de ne pas accorder à un certain nombre d'épileptiques le privilège de la responsabilité morale, sinon pendant toute leur vie, au moins pendant de longues périodes de leur existence.

Puisque la question de la responsabilité ou de l'irresponsabilité des épileptiques ne peut être tranchée d'une manière absolue ; puisqu'on doit considérer certains épileptiques comme coupables des actes qui leur sont imputés, à certaines périodes de leur maladie, l'appréciation de cette responsabilité devient extrêmement délicate dans chaque cas particulier. Elle mérite donc de la part des médecins, comme de la part des magistrats, un examen très attentif. Quelle est la limite de cette responsabilité ? Voilà ce que les médecins légistes ont cherché à déterminer. La plupart d'entre eux se sont livrés, à cette occasion, à des dissertations interminables sur les divers degrés du libre arbitre chez l'homme à l'état normal, à l'état de passion, et à l'état de maladie. Ces dissertations, qui sont plutôt du domaine de la philosophie que de la médecine, ne doivent pas trouver place ici ; il nous est impossible cependant de ne pas en parler. Au lieu de vouloir mesurer, chez chaque individu, l'intensité de l'impulsion maladive et le degré de résistance que pourrait lui opposer la volonté (toutes choses qu'il est absolument impossible d'apprécier avec exactitude), certains auteurs ont cherché à découvrir des moyens plus pratiques pour se prononcer sur la liberté morale des épileptiques au moment de l'acte incriminé. Quelques-uns d'entre eux ont admis que le même malade pouvait tout à la fois être déclaré responsable de certains actes, et irresponsable de certains autres, selon que ces actes étaient ou n'étaient pas en rapport direct avec l'idée ou l'impulsion maladives dominantes.

Cette doctrine, qu'on a voulu appliquer, non seulement à l'épilepsie, mais aux diverses variétés de l'aliénation partielle, nous paraît tout à fait inadmissible. Nous ne pouvons comprendre cette scission de la personnalité humaine en deux parties, dont l'une serait entraînée irrésistiblement par une idée délirante ou un penchant maladif,

tandis que l'autre resterait maîtresse d'elle-même, et devrait être considérée comme responsable de ses actes. Il est déjà très difficile d'admettre que l'intelligence puisse être troublée sur certains points, tandis qu'elle resterait saine sur tous les autres ; mais cette doctrine nous paraît bien plus incompréhensible encore quand on veut l'appliquer à la volonté et à la liberté morale, c'est-à-dire à ce qui constitue au plus haut degré l'unité de la personnalité humaine. Sans doute il existe des degrés divers de libre arbitre à l'état normal comme à l'état maladif. La nature et l'éducation établissent sous ce rapport de grandes différences entre les hommes qui ont plus ou moins l'habitude d'exercer de l'empire sur eux-mêmes, dont les impulsions instinctives sont plus ou moins impérieuses, et exigent par conséquent comme contre-poids une force de résistance plus ou moins énergique. Il existe également chez les aliénés des degrés très variables d'irrésistibilité des impulsions maladives ; depuis le délire partiel le plus limité jusqu'à l'accès de fureur le plus incoercible, il y a une foule d'états intermédiaires, dans lesquels les malades conservent, jusqu'à un certain point, la possibilité de résister à l'entraînement de leur délire. C'est même sur cette persistance du libre arbitre dans une certaine mesure chez les aliénés, que repose le principe des punitions et des récompenses qu'on emploie pour obtenir la discipline et la soumission de ces malades dans les asiles, et pour favoriser la réaction qu'ils doivent exercer sur eux-mêmes, dans le but de contribuer à leur guérison. Mais ces degrés divers du libre arbitre que le philosophe constate à l'état normal, et que le médecin utilise à l'état maladif, ne peuvent être admis en pratique, lorsqu'on envisage l'aliénation mentale au point de vue médico-légal. Si l'on adoptait ce principe, on verrait surgir à l'instant les difficultés les plus insolubles et les plus inextricables, parce qu'on ne possède aucun moyen certain pour discerner avec exactitude le degré de liberté ou d'entraînement irrésistible dans chaque cas particulier. A plus forte raison, est-il impossible d'admettre que dans le même moment, un même individu puisse être déclaré responsable de certains actes et irresponsables de certains autres. Aussi la seule manière pratique de poser les questions médico-légales relatives à l'épilepsie et à l'aliénation mentale est celle qui est consacrée par la législation actuelle : l'individu soumis à l'examen était-il sain d'esprit ou aliéné

au moment où il a accompli l'acte pour lequel il est traduit devant les tribunaux? S'il était aliéné, il doit être considéré comme irresponsable ; sinon il doit être condamné comme coupable.

Mais, si l'on ne peut regarder les épileptiques comme partiellement responsables, dans un moment donné de leur maladie, on peut admettre plus facilement une responsabilité variable selon les instants où l'on observe ces malades. Quelques auteurs, s'appuyant sur ce principe, beaucoup plus vrai et plus pratique que le précédent, ont cherché un moyen d'apprécier la liberté morale des épileptiques dans le nombre, la durée et l'intensité des accès convulsifs. Ainsi, par exemple, on a établi que plus les accès épileptiques étaient fréquents à intervalles rapprochés, plus ils étaient prolongés et intenses; plus les actes incriminés avaient été commis à une époque rapprochée des accès convulsifs, plus ils devaient être considérés comme irrésistibles et automatiques, et moins le malade devait en être rendu responsable. Quelques auteurs même, et en particulier Zachias (1), pour consacrer ce principe par une règle pratique applicable à tous les cas, ont proclamé que tout épileptique devait être regardé comme irresponsable pour les actes accomplis par lui dans l'espace des trois jours qui précèdent ou qui suivent une attaque d'épilepsie.

Ce critérium, inspiré par une pensée d'indulgence envers les épileptiques, et par le désir de concilier les exigences de la justice avec les données de la science médicale, aurait certainement des avantages si l'on persistait dans les errements de la médecine légale actuelle ; si l'on continuait à se demander simplement si un épileptique est aliéné, oui ou non, sans chercher à étudier et à décrire les caractères particuliers de son délire.

Mais ces formules générales et absolues offrent toutes le grave inconvénient de dire trop ou trop peu, selon les cas. Avec la prétention de s'appliquer indistinctement à tous les faits, elles se bornent à un énoncé vague, qui ne répond avec vérité à aucun des cas particuliers qui se présentent à l'examen du médecin expert. Pour la médecine légale de l'épilepsie, comme pour celle de l'aliénation mentale, il importe donc de sortir de ces généralités vagues, qui ne présentent aucune utilité pratique, et qui abandonnent en définitive

(1) Zachias, *Quæstiones medico legales;* Lugduni, 1674.

le jugement de chaque fait particulier à l'appréciation individuelle du juge ou du médecin.

Pour mieux préciser les conditions dans lesquelles les épileptiques doivent être considérés comme responsables ou irresponsables, pour donner aux médecins experts et aux magistrats des moyens plus pratiques de juger si un épileptique était aliéné ou non, au moment de l'acte incriminé, l'étude que nous avons faite précédemment des variétés du délire épileptique peut nous fournir des éléments précieux que nous avons maintenant à examiner.

Les épileptiques se présentent à l'observation du médecin légiste dans des situations mentales assez différentes. Les uns, à la suite d'attaques convulsives anciennes et fréquemment réitérées, sont tombés dans un état de démence, ou même d'idiotisme, dont l'appréciation n'offre pas en général de difficultés sérieuses. Ces états continus d'aliénation mentale conservent bien habituellement, même à une période avancée de chronicité, le cachet de l'intermittence que l'épilepsie imprime à toutes ses manifestations. C'est même ordinairement pendant un paroxysme d'agitation ou de fureur que se produisent, chez ces épileptiques en démence, les actes de violence qui les amènent devant la justice ; mais, le plus souvent, les détails de l'accès pendant lequel ces actes ont eu lieu, ainsi que l'affaiblissement prononcé de l'intelligence qui existe au moment où l'on interroge les malades, suffisent parfaitement pour démontrer leur aliénation mentale et les faire acquitter par les tribunaux.

Les actes commis par les épileptiques avant, pendant ou après leurs accès convulsifs, ou bien pendant la durée d'un accès violent et prolongé de manie avec fureur, sont également en général d'une appréciation peu difficile. Le médecin n'a qu'à décrire avec quelques détails la situation mentale dans laquelle se trouvait le malade au moment où ces actes se sont produits, pour porter la conviction dans l'esprit des magistrats. Ce ne sont pas là les conditions qui présentent de véritables obstacles au médecin légiste, et qui nécessitent l'étude approfondie et spéciale du délire épileptique. Néanmoins, même dans ces cas, qui paraissent si simples au premier abord, il est quelques circonstances exceptionnelles qui peuvent compliquer le problème à résoudre, embarrasser le médecin expert, et qui méritent d'être indiquées.

Les accès de délire qui précèdent, accompagnent ou suivent les attaques d'épilepsie, sont certainement plus faciles à juger que ceux qui se produisent dans l'intervalle et à une certaine distance des accès convulsifs. Cependant il arrive quelquefois que l'observateur a manqué, et que l'épilepsie n'est pas mentionnée dans les renseignements fournis au médecin expert. Dans ces cas, la connaissance des caractères spéciaux du délire épileptique peut mettre sur la voie de la découverte de l'épilepsie, dont les symptômes avaient passé inaperçus. Ceci peut surtout se rencontrer lorsque les accès de fureur ont eu lieu pendant la nuit. Marc en cite un exemple bien remarquable. Cet auteur rapporte en effet (1) l'observation d'un conseiller d'une ville d'Allemagne, qui fut atteint subitement, pendant la nuit, d'un accès de manie transitoire, dans lequel il chercha à tuer sa femme ; il ajoute que cet accès de fureur avait été précédé d'un ronflement très prononcé pendant le sommeil. Or, comme l'a très bien fait remarquer M. Baillarger, il est extrêmement probable que ce ronflement, observé pendant le sommeil, n'était autre chose qu'une attaque d'épilepsie, qui aura été méconnue (2).

Dans d'autres circonstances, le caractère peu tranché du trouble intellectuel qui précède ou suit immédiatement les attaques convulsives peut, malgré la constatation de ces attaques, laisser des doutes dans l'esprit des magistrats. On comprend dès lors quel secours précieux peut apporter, dans le jugement de ces cas difficiles, la connaissance préalable des symptômes propres à la folie épileptique.

Une dernière circonstance mérite d'être signalée relativement aux actes accomplis par les épileptiques pendant la durée d'une ou de plusieurs attaques successives d'épilepsie. Ces actes n'offrent ordinairement aucune difficulté d'appréciation ; leur caractère essentiellement automatique et involontaire est évident pour tous. Ils participent en quelque sorte de l'irrésistibilité des mouvements convulsifs eux-mêmes. Cependant il est certaines attaques incomplètes d'épilepsie qui tiennent le milieu entre le vertige simple et l'attaque complète, pendant lesquels les malades paraissent, dans l'intervalle des convulsions, en rapport avec le monde extérieur. Ils

(1) Marc, *De la folie*, t. II, p. 509.
(2) Baillarger, *la Responsabilité des épileptiques*.

prononcent alors des paroles ou se livrent à des actes qui pourraient faire douter de la nature réellement épileptique de ces accès, et faire attribuer aux actes accomplis au milieu de cet état tout particulier du système nerveux un caractère de volonté et de liberté morale qu'ils ne possèdent à aucun titre (1). Cette situation mentale si singulière ressemble, sous plusieurs rapports, au somnambulisme et à certaines névroses extraordinaires, autres que l'épilepsie ; elle est également comparable à l'état de rêve.

Un phénomène remarquable, qui a lieu fréquemment dans ces attaques d'épilepsie ou dans l'intervalle de deux attaques complètes, mérite d'être signalé en passant. Le malade, dans ces conditions, paraît complètement revenu à lui-même : il entre en conversation avec les personnes qui l'entourent, il se livre à des actes qui paraissent commandés par sa volonté; il semble, en un mot, revenu à son état normal. Puis l'attaque épileptique recommence, et, lorsqu'elle a cessé et que le malade est alors réellement revenu à la raison, on constate avec étonnement qu'il n'a conservé aucun souvenir des paroles ni des actes qui ont eu lieu dans l'intervalle des deux accès. Il ne peut donc être regardé comme responsable de ce qu'il a dit et fait pendant cette période de temps intermédiaire. Un fait analogue se produit quelquefois dans les rêves : réveillé au milieu d'un rêve, on se lève, on s'entretient avec les personnes présentes, on se livre à des actes habituels qui nécessitent l'intervention de la volonté; puis on se rendort, on reprend son rêve interrompu, et, chose étonnante, au réveil, on n'a conservé aucun souvenir de l'intervalle de temps intercalé entre les deux périodes de sommeil.

Les accès de manie avec fureur, que nous avons décrits, dans notre premier chapitre, sous le nom de *grand mal intellectuel*, soit qu'ils se trouvent directement en rapport avec les attaques d'épilepsie, soit qu'ils produisent dans leurs intervalles, n'offrent aux médecins légistes que de rares difficultés d'appréciation. Néanmoins, lorsque l'attaque épileptique nocturne ou diurne n'a pas été constatée, ou bien lorsqu'elle n'a pas eu lieu à l'époque où le ma-

(1) M. Calmeil a cité quelques exemples de ses attaques incomplètes. Thèse (Paris, 1824), et Trousseau en a rapporté plusieurs également intéressants. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 mars 1861, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7e édition ; Paris, 1885.)

lade se trouve accusé, les caractères que nous avons assignés à la manie épileptique peuvent être d'un grand secours pour faire découvrir des accès de grand ou de petit mal qui seraient passés inaperçus, ou pour démontrer la nature épileptique de la maladie et en faire retrouver les manifestations dans la vie antérieure du malade. Or, comme nous le dirons tout à l'heure, constater l'épilepsie chez un aliéné accusé d'un acte violent, c'est changer en certitude les doutes que l'on pouvait conserver sur son irresponsabilité, et contribuer puissamment à le faire acquitter par les tribunaux.

Les accès de manie avec fureur, malgré les signes très évidents de délire qu'ils présentent habituellement, peuvent encore offrir au médecin expert deux causes d'erreur qu'il importe de faire remarquer.

La netteté parfois très grande des idées que ces malades manifestent pendant leurs accès, les paroles assez suivies qu'ils prononcent, même au milieu d'un grand désordre des mouvements, la préméditation, le calcul et les motifs de vengeance, qui, dans quelques cas rares, président à l'accomplissement des actes qui leur sont imputés, pourraient induire les magistrats en erreur sur la nature maladive de ces actes, si, au lieu d'envisager l'ensemble des symptômes de la maladie, on se bornait, comme on le fait trop souvent, à discuter sur les mobiles et les détails de l'acte spécial qui fait l'objet de l'examen médico-légal. De plus, la lucidité complète que présente quelquefois le malade au moment où on l'interroge, après la cessation de l'accès de manie (cessation qui peut avoir lieu brusment, très peu de temps après l'acte violent), pourrait encore porter les magistrats à douter de la vérité du témoignage des assistants ou du malade lui-même. Enfin la perte de la mémoire ou du moins la diminution considérable des souvenirs, si fréquente à la suite de cet état mental, contraste à un tel point avec les signes de lucidité relative manifestés pendant les accès, que les magistrats y voient souvent une preuve de mauvaise foi ou de simulation, plutôt qu'un nouveau signe ajouté au tableau de l'état maladif. Dans ces cas délicats, le médecin expert a donc besoin de connaître exactement tous les symptômes propres à la manie spéciale des épileptiques pour parvenir à déterminer le jugement des tribunaux. Mais c'est principalement dans les cas de petit mal intellectuel que les difficultés de la médecine légale des épileptiques augmentent considéra-

blement ; c'est alors surtout que le médecin légiste doit avoir recours à la connaissance de tous les antécédents du malade et des symptômes propres à caractériser cet état morbide pour porter la conviction dans l'esprit des magistrats. Aussi avons-nous décrit avec soin et séparément cet état mental, sur lequel nous devons de nouveau insister d'une manière particulière, à l'occasion de la médecine légale.

Le *petit mal intellectuel*, que nous avons décrit précédemment dans ses caractères généraux, présente de nombreuses différences de durée et d'intensité, depuis les actes de violence instantanés et temporaires jusqu'aux accès plus prolongés et plus intenses, dont les degrés les plus élevés se rapprochent de la manie avec fureur. Ces diverses formes du petit mal intellectuel correspondent aux nuances également variées du vertige épileptique lui-même, depuis le simple étourdissement passager, qui ne dure que quelques secondes, jusqu'à l'attaque incomplète, avec convulsions partielles et demi-perte de connaissance, qui se trouve sur la limite de la grande attaque épileptique.

Les médecins légistes de tous les pays, et, en dernier lieu, Trousseau (1) et Tardieu (2), ont appelé l'attention sur les actes soudains, non motivés, et d'une exécution très rapide, auxquels se livrent les épileptiques, et qui surviennent plus souvent chez ces malades que dans les autres formes de maladie mentale. Ces actes violents et sans motifs appréciables se produisent en effet fréquemment dans la folie épileptique, et méritent d'être signalés comme un de ses symptômes les plus importants.

Mais, dans cette circonstance, comme dans la plupart des cas de délire partiel, les médecins légistes ont eu le tort de concentrer presque exclusivement leur attention sur les détails ou les mobiles des actes incriminés, comme si ces actes constituaient à eux seuls toute la maladie, comme si elle se réduisait à l'exaltation subite et temporaire du penchant au meurtre, au vol ou à l'incendie, dégagée de tout autre symptôme physique et moral. C'est ainsi qu'on a créé

(1) Trousseau, *Bull. de l'Acad. de médecine* et *Clinique médicale*, 7e édition ; Paris, 1885.

(2) Tardieu, *Bull. de l'Acad. de méd.* et *Étude médico-légale sur la folie*, 2e édition ; Paris, 1880.

les diverses monomanies homicide, incendiaire, du vol, etc., lesquelles reposent uniquement sur la considération de l'acte violent, dont il ne reste plus alors au médecin légiste qu'à étudier les caractères spéciaux, pour chercher à en démontrer la nature maladive. Pour les épileptiques par exemple, on les a représentés comme saisis subitement de l'impulsion au meurtre, se précipitant brusquement sur la première personne qu'ils rencontrent, la frappant ou la tuant, puis revenant brusquement à la raison après cet accès si court de folie instantanée, et ne donnant plus ensuite aucun signe d'aliénation mentale. Ces faits sont certainement exacts dans une certaine mesure ; nous sommes même très convaincus qu'il suffit de rechercher, chez de pareils malades, l'existence de l'épilepsie, sous la forme de vertiges ou de grandes attaques nocturnes ou diurnes, pour avoir de grandes chances de la découvrir. Mais l'observation ainsi faite nous paraît tout à fait incomplète.

Nous ne nions pas, d'une manière absolue, l'existence des accès instantanés d'aussi courte durée chez les épileptiques ; nous les comparons même, dans l'ordre moral, à ce qu'est le vertige épileptique simple dans l'ordre physique : mais nous soutenons que ces faits sont heureusement très rares, et que presque toujours, sinon toujours, l'accès de trouble mental est plus prolongé et plus intense. L'observateur attentif constate en effet, avant et pendant l'acte violent, un obscurcissement notable de l'intelligence et un état de confusion générale des idées, pendant lequel le malade ne se rend bien compte, ni de ce qui se passe en lui ni autour de lui. Il existe, en un mot, un ensemble de symptômes physiques et moraux, qui permettent d'assigner à ce trouble passager de l'intelligence des caractères maladifs, indépendamment de l'acte qui fait l'objet spécial de l'examen.

Dans la majorité des cas, le petit mal intellectuel des épileptiques, dans ses divers degrés, présente une plus longue durée et des symptômes plus nombreux, que nous avons déjà décrits, et qu'il suffira de rappeler. Quelques heures, souvent même plus longtemps, avant l'acte violent qui lui est reproché, le malade a abandonné son domicile, ses affaires, l'atelier où il travaillait ; il s'est montré absorbé, distrait, et il a présenté une véritable obtusion dans les idées ; il a vagabondé, erré à l'aventure ; il a éprouvé des accès de désespoir,

des colères subites et non provoquées, des impulsions variées se succédant à courts intervalles, des envies de se détruire, de briser, de déchirer les objets qui tombaient sous sa main ; il a eu des oublis extraordinaires, des défaillances absolues de la mémoire, des maux de tête, des étourdissements, il a aperçu des étincelles lumineuses, des visions, des objets effrayants.

C'est au milieu de cet état d'anxiété morale, d'impulsions instinctives ou automatiques, et de confusion extrême des idées, que les épileptiques, poussés, comme ils le disent, par une force invincible qui domine leur volonté, vont se jeter à l'eau, se donnent un coup de couteau dans la poitrine, ou se livrent à des actes de violence et de destruction sur les objets qui les entourent ; ou bien encore ils s'emparent du premier instrument venu pour se précipiter avec violence sur la première personne qu'ils rencontrent, la frappent à coups redoublés, et font souvent ainsi successivement plusieurs victimes. Ils frappent machinalement, sans motifs, sans intérêt, sans savoir ce qu'ils font, ou du moins avec une conscience très vague de leurs actes. En général, aussitôt après l'acte accompli, il y a subitement une sorte de réveil, plus ou moins complet selon les cas. Les malades alors, appréciant plus ou moins la gravité de l'acte qu'ils viennent de commettre, se sauvent pour se soustraire aux conséquences de leur crime, ou bien, le plus souvent, ils vont eux-mêmes se remettre entre les mains de la justice et avouent leur action, dont ils n'ont ordinairement qu'un souvenir très imparfait, mais dont ils se rappellent quelquefois les principaux détails avec plus de netteté que les circonstances antérieures qui ont eu lieu pendant leur accès.

Tels sont les faits que l'on observe habituellement pendant les accès de petit mal intellectuel, chez les épileptiques.

La connaissance de ces caractères a une grande importance pour la médecine légale ; elle permet de soupçonner l'existence d'attaques d'épilepsie qui seraient restées ignorées, et de démontrer aux magistrats la réalité d'un état maladif complexe, au lieu de se borner à disserter sur les mobiles d'un acte de folie instantanée. Or, tous ces renseignements scientifiques sont bien nécessaires pour éclairer la justice dans des cas d'une appréciation aussi délicate. En effet, ces accès de trouble intellectuel sont ordinairement d'assez

courte durée, relativement aux autres formes de maladies mentales. Le malade paraît complètement revenu à lui quand on l'interroge, et il a souvent recours aux mêmes moyens que les véritables criminels, pour se soustraire à l'action de la loi. La négation du fait incriminé, qui tient en réalité à la perte de la mémoire, paraît aux magistrats une preuve de plus de culpabilité, et la persistance incomplète de la mémoire, au contraire, lorsqu'elle existe, semble un aveu arraché tardivement à un coupable. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, l'acte imputé à l'épileptique n'est pas aussi dénué de motifs, de calcul et de préméditation, qu'il l'est habituellement. Quelquefois, en effet, un accès de petit mal intellectuel réveille subitement dans le cœur d'un épileptique un sentiment de jalousie, de vengeance, ou de colère envers une personne déterminée, et le pousse alors immédiatement à l'action, tandis qu'il fût parvenu à comprimer ce sentiment dans son état normal. Toutes ces circonstances, et plusieurs autres que nous ne pouvons énumérer ici, rendent souvent extrêmement ardue la tâche du médecin-légiste dans ces cas délicats.

Il est donc pour lui de la plus haute importance, dans ces circonstances exceptionnelles, de pouvoir joindre à l'exposé des caractères tirés de l'acte lui-même et de ses motifs, le tableau complet de l'état maladif au physique et au moral, et l'histoire entière du malade pendant toute son existence, au lieu de détacher le fait incriminé de tout son entourage, qui seul permet d'en apprécier la véritable nature.

Pour compléter l'examen des divers états dans lesquels les épileptiques peuvent se présenter devant la justice, nous avons encore à dire quelques mots des actes accomplis dans l'état mental habituel des épileptiques, c'est-à-dire dans les intervalles des accès convulsifs et des accès de délire. Nous avons dit combien les troubles intellectuels de l'épilepsie étaient intermittents dans leur essence; rien n'est donc plus variable que l'état mental des épileptiques dans les intervalles de leurs accès. Ces malades ont souvent de longues périodes de raison, et malgré la bizarrerie de leur caractère et le niveau variable de leur intelligence, on ne peut les considérer comme aliénés, et partant comme irresponsables, pendant les intermittences souvent très prolongées où ils se conduisent à peu près

comme la plupart des hommes. Dans ces circonstances, le degré de leur responsabilité morale ne peut être apprécié d'après des lois générales ; on est obligé de se guider sur les faits observés dans chaque cas particulier, et cette appréciation est nécessairement vague et douteuse. Une large part doit donc être faite, dans ces cas, au jugement du médecin. Lorsqu'un épileptique commet un acte violent dans ces conditions (comme cela est arrivé par exemple, à celui qui a tué le médecin de l'asile des aliénés d'Avignon). le malade peut être considéré, dans certains cas, comme partiellement responsable de son action ; il ne reste plus alors au médecin qu'à plaider les circonstances atténuantes et à demander au tribunal la diminution de la peine. Telle est l'opinion de la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, opinion que M. Baillarger a encore exprimée (1). C'est dans ces circonstances seulement que le médecin expert peut se baser sur les principes généraux que nous avons, déjà exposés c'est-à-dire sur le nOmbre, la fréquence et l'ancienneté des attaques d'épilepsie, sur leur production peu de temps avant ou après l'acte incriminé, etc.

Ceci nous amène naturellement à parler de la *capacité civile* des épileptiques. C'est en effet pendant les intervalles de raison que ces malades sont appelés à accomplir des actes civils, tels que testaments, donations, ventes, etc., dont la validité peut plus tard être contestée. Nous ne pouvons que mentionner ici, en passant, ces diverses circonstances, sans y insister. Nous nous bornerons à poser à cet égard un principe général. Dans les cas douteux, c'est-à-dire quand les actes civils n'ont pas eu lieu pendant des accès de maladie mentale caractérisée (tels que ceux du grand ou du petit mal intellectuel), ou bien pendant un état continu d'aliénation mentale, comme il en existe chez d'anciens épileptiques, on doit ordinairement les considérer comme valables. On ne peut en effet, selon nous, priver toute une classe d'individus, déjà si malheureuse sous tant de rapports par l'effet de sa maladie, de l'exercice de ses droits civils, alors que l'expérience a démontré que, malgré des altérations de caractère ou des affaiblissements temporaires de l'intelligence, ces malades pouvaient jouir entre leurs accès de longs inter-

(1) Baillarger, *Responsabilité des épileptiques* (*Bulletin de l'Académie de médecine*).

valles de raison. Nous pensons donc, en thèse générale, que dans les cas douteux, on doit faire pencher la balance du côté de la validité des actes, toutes les fois qu'il s'agit de questions civiles, tandis qu'on doit faire pencher du côté de l'irresponsabilité lorsqu'il s'agit de questions criminelles.

En terminant cette revue médico-légale rapide relative à l'épilepsie, nous voulons encore aborder brièvement deux questions qui concernent également l'existence civile de ces malades : nous voulons parler de leur *mariage* et de leur *séquestration*.

De tout temps, les médecins, prenant en considération les inconvénients graves qui peuvent résulter, pour la personne qui épouse un épileptique, des attaques convulsives elles-mêmes ou du trouble mental qui les accompagne si fréquemment, ont cherché à détourner ces malades du *mariage* ou même à le leur interdire. A ces motifs déjà si décisifs, on doit encore ajouter les dangers qui proviennent pour les enfants de la loi d'hérédité, qui peut perpétuer chez eux la maladie, soit sous sa forme primitive, soit plus souvent encore transformée en d'autres névroses, en aliénation mentale ou en idiotisme.

Legrand du Saulle (1) a résumé avec habileté ces divers motifs et il n'a pas craint de conclure à l'interdiction absolue du mariage pour les épileptiques. On ne peut, selon nous, poser scientifiquement une règle aussi sévère, et l'on doit admettre des exceptions. Du reste, quand même les médecins adopteraient une manière de voir aussi exclusive, la législation ne pourrait jamais la consacrer, ni forcer les individus à s'y soumettre. Cependant il est remarquable qu'en fait, la plupart des épileptiques ne se marient pas (2). Nous avons cité néanmoins (3), l'observation curieuse d'un épileptique qui s'est marié pendant qu'il était dans l'asile des aliénés de Montpellier, avec l'autorisation du médecin en chef, le Dr Rech. Nous avons rapporté un autre fait également intéressant en sens con-

(1) Legrand du Saulle, *Annales médico-psychologiques*, nº de janvier 1861.

(2) Cette circonstance explique peut-être, jusqu'à un certain point, la contradiction qui existe entre les divers auteurs relativement à la fréquence de l'hérédité de l'épilepsie. Leuret, en effet (*Archives générales de médecine*, 1843) et le Dr Petit, de Nantes, ont nié que l'épilepsie fût très souvent héréditaire.

(3) Obs. 8.

traire (1) : c'est un exemple de cassation de mariage basée sur cette circonstance, que la cérémonie avait eu lieu pendant la période prodromique d'un accès d'épilepsie suivi de fureur, et que le malade ne pouvait être considéré comme ayant joui de son libre arbitre au moment où il avait donné son consentement.

La *séquestration des épileptiques* est une question également très difficile à résoudre, et qui, selon nous, ne peut pas non plus être tranchée d'une manière absolue.

La législation actuelle n'a pas pourvu d'une manière régulière à la position des épileptiques dans la société. Tantôt ils sont soumis au droit commun, tantôt au contraire à la loi des aliénés, selon qu'ils sont considérés comme sains d'esprit ou comme atteints d'aliénation mentale. Or le même individu peut, selon les moments, être placé alternativement dans l'une ou dans l'autre de ces catégories. La demande d'asiles spéciaux pour les épileptiques, qui a été faite itérativement par des médecins de tous les pays, n'a été encore que très rarement réalisée ; d'ailleurs, la position légale de ces malades dans les asiles spéciaux serait toujours difficile à régulariser.

On est donc obligé, dans l'état actuel de notre jurisprudence, de se contenter de séquestrer les épileptiques dans les asiles d'aliénés, lorsqu'ils présentent des signes évidents d'aliénation mentale ; mais la brièveté habituelle de leurs accès, les intervalles souvent très longs de raison qu'ils présentent, les réclamations incessantes et fréquemment couronnées de succès qu'ils adressent aux autorités pour obtenir leur sortie, mettent souvent dans le plus grand embarras les médecins qui dirigent les asiles d'aliénés. L'embarras est d'autant plus grand que ces médecins connaissent mieux les dangers de tout ordre auxquels ces malades sont exposés, ou exposent ceux qui les entourent, par la rapidité d'invasion et le caractère d'extrême violence de leurs accès.

Ces dangers sont tellement considérables, il est arrivé si fréquemment des malheurs par suite de la mise en liberté de pareils malades, que plusieurs médecins, parmi lesquels nous citerons Cazauvieilh (2)

(1) Obs. 3.
(2) Cazauvieilh, *Du Suicide et de l'aliénation mentale*, p. 294; Paris, 1840.

et Aubanel (1), n'ont pas hésité à se prononcer en faveur de la séquestration perpétuelle des épileptiques et des aliénés homicides.

Une doctrine aussi exclusive nous paraît inadmissible en pratique. Il est en effet des épileptiques, même homicides, qui présentent des périodes trop longues de raison pour qu'on puisse songer à les séquestrer indéfiniment, en vue d'une hypothèse qui peut-être ne se réalisera jamais; mais ceci prouve de plus en plus la difficulté extrême de cette question, dont la solution doit être entièrement abandonnée à la conscience du médecin qui observe les caractères et la marche de l'épilepsie dans chaque cas particulier.

Il nous reste maintenant à résumer les principales conséquences que l'étude du délire épileptique peut avoir pour la médecine légale des aliénés.

Nous reconnaissons volontiers que quelques-uns des signes que nous avons indiqués comme appartenant à la folie épileptique, tels que la perte de mémoire ou l'absence de motifs des actes par exemple, peuvent manquer dans certains cas soumis à l'examen des médecins experts; mais il n'en est pas moins vrai que ces signes se rencontrent le plus généralement chez les épileptiques, et qu'ils deviennent ainsi un auxiliaire précieux pour la médecine légale. Ici, comme dans toutes les affections, le médecin doit juger d'après l'ensemble des symptômes et non d'après un seul; il doit donc chercher à retrouver dans le fait qu'il est chargé d'examiner le tableau général de la maladie. Or il résulte de notre travail que, pour discerner l'état mental d'un épileptique, le médecin légiste pourra puiser à trois sources différentes :

1° Il s'appuiera sur les *caractères tirés de la marche des accès de délire*, dans leurs rapports avec les accidents physiques de l'épilepsie. Ainsi, il constatera que le délire s'est produit sous forme d'accès survenus sans convulsions et sans vertiges, ou bien en rapport direct avec ces symptômes physiques; que ces accès ont été relativement courts; qu'ils ont eu une invasion et une cessation rapide; enfin qu'ils se sont reproduits à intervalles plus ou moins rapprochés dans la vie antérieure du malade, ou bien dans la prison.

(1) Dans plusieurs rapports médico-légaux insérés dans les *Annales médico-psychologiques*.

2° Il se fondera sur les *caractères physiques et moraux des accès* de grand ou de petit mal intellectuel que nous avons décrits, et qui consistent principalement dans le vague et l'obtusion des idées, la production d'impulsions violentes et instantanées, le besoin de marcher sans but, de frapper ou de briser sans motifs, et la confusion extrême des souvenirs après la disparition du délire.

3° Enfin il se basera sur les *caractères des actes eux-mêmes accomplis pendant ces accès*, caractères que l'on peut résumer en disant que ces actes sont violents, automatiques, instantanés, et non motivés.

C'est en s'appuyant sur cette triple base clinique que le médecin légiste peut trouver dans sa science spéciale les moyens d'éclairer la justice dans les cas d'actes violents commis par des épileptiques.

En procédant ainsi, il sépare du groupe si vague et si mal défini des *folies transitoires*, *folies instantanées* ou *folies des actes*, admises jusqu'à présent dans les traités de médecine légale, une catégorie bien distincte de faits ayant ses caractères particuliers et décrits à l'avance d'après des observations prises dans des conditions où les malades n'avaient aucun intérêt à simuler ou à dissimuler la folie. De cette façon, lorsqu'il est consulté par les magistrats, le médecin n'a plus qu'à appliquer au fait soumis à son examen les données scientifiques qui lui sont fournies par les cas analogues qu'il a préalablement observés.

Sans doute les actes instantanés et non motivés, ainsi que les accès de folie transitoire, peuvent se produire en dehors de l'influence de l'épilepsie.

Nous ne dirons pas, comme l'a fait Trousseau dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de Médecine (1), que lorsqu'on observe des actes de ce genre, on peut affirmer avec certitude que l'on a affaire à un épileptique, alors même que l'on ne constaterait pas les phénomènes physiques de cette affection. Nous pensons que l'acte seul ne peut suffire pour porter un semblable jugement, et qu'il importe de prendre en considération l'ensemble des symptômes de la maladie. Ces actes instantanés et sans motifs peuvent en effet se produire (ainsi que l'a très bien dit Tardieu (2) dans l'idiotisme,

(1) Trousseau, *Bull. de l'Acad. de méd.*
(2) Tardieu, *Bull. de l'Acad. de méd.*

dans l'alcoolisme, chez les hystériques, les femmes enceintes et les nouvelles accouchées. Nous ajouterons que les actes de cette nature surviennent encore assez fréquemment chez les individus que le Dr Morel a groupés sous le titre de *dégénérés*, et dont il a esquissé avec tant de vérité les traits principaux (1).

Nous croyons aussi qu'il existe des folies transitoires indépendantes de l'épilepsie, ainsi qu'on en trouve de nombreux exemples dans les auteurs qui se sont occupés de la médecine légale des aliénés. Nous pensons même qu'une science plus avancée parviendra à découvrir parmi ces faits, réunis artificiellement à l'aide d'un seul caractère (la brièveté de l'accès et l'instantanéité des actes), plusieurs catégories distinctes, différant totalement par l'ensemble de leurs symptômes, tout en se rapprochant par le caractère commun relatif à la nature des actes. Nous disons seulement que l'on peut, dès à présent, détacher de ce groupe informe et mal limité de la folie des actes une catégorie bien déterminée de faits, sous le nom de *folie épileptique*. Nous sommes convaincu que cette forme de maladie mentale est beaucoup plus fréquente que ne l'imaginent ceux qui n'observent que dans les asiles d'aliénés, ou que ne le croient les médecins légistes eux-mêmes, parce que jusqu'à présent leur attention n'a pas été suffisamment attirée sur son existence.

Nous avons également la conviction que beaucoup de faits rapportés, sous les noms de *folie temporaire*, *folie instantanée*, ou *folie transitoire*, rentrent dans cette catégorie ; que seulement l'existence de l'épilepsie n'ayant pas été recherchée, elle n'a pu être mentionnée dans ces observations, qui ne contiennent le plus souvent aucuns détails propres à la faire reconnaître. Nous croyons enfin que, dans un certain nombre de cas, l'épilepsie ne se manifeste, pendant quelque temps, que sous sa forme intellectuelle, c'est-à-dire sous une forme larvée, ainsi que l'a très bien démontré le Dr Morel, dans un travail très intéressant sur cette espèce de maladie mentale (2).

Ainsi donc, en résumé, dans les cas si fréquents où le délire épi-

(1) Morel, *Dégénérescences de l'espèce humaine;* 1857, et *Traité des maladies mentales;* 1860.

(2) Morel, *D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse, se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie, ou épilepsie larvée.* (*Gazette hebdomad.;* Paris, décembre 1860.)

leptique donne lieu à des actes violents, justiciables des tribunaux, l'étude que nous avons faite des caractères spéciaux de ce délire aura, selon nous, un double avantage :

1° Elle conduira les médecins à rechercher les symptômes physiques de l'épilepsie, toutes les fois qu'ils constateront les phénomènes qui appartiennent en propre à ce trouble mental;

2° Elle donnera aux juges, par la description clinique de ce trouble mental lui-même, des éléments de conviction bien autrement probants que ne peuvent lui en fournir les discussions sur le libre arbitre ou sur les mobiles des actes incriminés, auxquelles se bornent en général les rapports des médecins légistes, et qui laissent très souvent flottantes les limites entre le crime et la folie.

En se livrant à de pareilles dissertations, le médecin sort de sa sphère particulière et devient avocat. Qu'il reste donc dans la limite de ses attributions. Qu'il se contente de produire devant la justice des documents exclusivement scientifiques. Qu'il puise ses arguments et ses preuves, non dans la discussion du fait lui-même, pour laquelle le juge et l'avocat peuvent se croire aussi compétents que lui, mais dans la connaissance des cas analogues antérieurement observés, et il peut être assuré que, non seulement sa compétence spéciale ne sera jamais contestée, mais que son intervention deviendra indispensable dans toutes les questions relatives à la médecine légale des aliénés.

XI

TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA MÉMOIRE DES MOTS DANS LES AFFECTIONS CÉRÉBRALES

(Aphémie, aphasie, alalie, amnésie verbale) (1)

— 1864 —

Quelques travaux récents (2) ont attiré l'attention sur les troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales. Ce sujet a surtout acquis un véritable intérêt d'actualité depuis le mémoire présenté par Broca à la Société anatomique, en 1861, à l'occasion de deux faits observés par lui à l'hospice de Bicêtre, et depuis les leçons faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur Trousseau (3).

Ayant eu nous-même l'occasion de faire des recherches sur ce sujet dans les auteurs français et étrangers et d'y découvrir un certain nombre d'observations curieuses, pouvant servir à éclairer cette question si complexe, il nous a semblé intéressant de réunir quelques-uns de ces faits qui se trouvent dispersés dans des ouvrages et dans des recueils très différents. Nous avons pensé que cette réunion présenterait déjà par elle-même quelque intérêt, en prouvant qu'à diverses époques et dans divers pays l'attention des observa-

(1) Extrait des *Archives générales de médecine*, numéros de mars 1864 et suivants.

(2) *A Case of amnesia*, by Thomas Hun, M. D., professor of the institute of medicine in the Albany college. — *American journal of insanity*, 1850-51, p. 358. — *Ueber einige Arten von partiellem Sprach unvermögen*, von Dr W. Nasse, in Bonn. *Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*, t X, p. 335; Berlin, 1853. — *On Obscure diseases of the brain and disorders of the mind*, by Forbes Winslow, p. 388-414 et p. 497-535; London, 1860. — *Sur le siège de la faculté du langage articulé, avec deux observations d'aphémie (perte de la parole)*; par le Dr Paul Broca (*Bulletins de la Société anatomique*, août 1861). — *De l'Aphasie, maladie décrite récemment sous le nom impropre d'aphémie*; leçons faites à l'Hôtel-Dieu par le professeur Trousseau (*Gazette des hôpitaux*, numéros des 12, 19 et 26 janvier et 2 février 1864).

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7e édition; Paris, 1865.

teurs a été éveillée sur ces phénomènes si singuliers de certaines maladies du cerveau. Nous avons cru en outre qu'il serait possible de tirer du simple rapprochement de ces faits quelques inductions naturelles sur la valeur de ces symptômes dans le diagnostic et le pronostic des affections cérébrales, ainsi que les éléments précieux pour éclairer la physiologie de la parole et la théorie du langage. Tel est donc le but que nous nous proposons dans ce travail.

Nous commencerons par relater plusieurs observations, puisées à des sources très diverses, et classées en quelques catégories destinées seulement à en faciliter l'étude. Puis, nous chercherons à rapprocher ces faits par leurs analogies, à signaler leurs différences, et à en déduire quelques conséquences utiles pour la physiologie et pour la pathologie du cerveau.

PREMIÈRE PARTIE

Exposé général des faits.

On observe dans les affections cérébrales des troubles très variés du langage et de la mémoire des mots, depuis les degrés les plus voisins de l'état normal jusqu'aux cas extrêmes, dans lesquels, avec un profond affaiblissement des facultés intellectuelles, existent la suppression absolue de la parole et l'abolition complète de la mémoire.

Si l'on voulait parcourir successivement, dans tous ses degrés, cette échelle descendante de la mémoire et de la faculté de parler dans les affections du cerveau et citer des exemples correspondants à chacun de ces degrés, il faudrait faire un volume ; telle ne peut être notre intention. Nous voulons seulement relater ici quelques-uns des faits que nous avons pu recueillir, afin d'indiquer les principales catégories de perversions du langage et de la mémoire qui ont été observées, entre ces deux extrêmes de l'état physiologique d'une part, et de la démence avec abolition de la parole et de la mémoire d'autre part. Pour nous limiter encore d'une manière plus précise, disons que les faits que nous avons surtout en vue sont ceux dans lesquels la parole et la mémoire sont plus ou moins partiellement lésées, malgré la conservation de l'intelligence et l'intégrité des organes qui servent à la phonation. Sans doute nous n'admettons

pas, avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, que l'intelligence soit, dans tous les cas de ce genre, aussi complètement conservée qu'ils l'ont cru généralement. Nous pensons au contraire qu'il existe souvent chez ces malades un certain degré d'affaiblissement intellectuel concomitant ; mais, malgré cette réserve importante, nous excluons néanmoins de notre travail tous les faits dans lesquels la perversion de la faculté du langage et de la mémoire des mots doit être attribuée à une lésion générale des facultés intellectuelles, au lieu d'être considérée comme un trouble isolé, ou du moins très prédominant de ces deux facultés.

Ces préliminaires posés, nous abordons l'historique de la question.

Le travail spécial le plus ancien que nous connaissions sur ce sujet est celui de *Gesner* sur l'amnésie de la parole (1). Vient ensuite un chapitre de *Crichton* (2), sous le titre de *trouble singulier de la mémoire*.

Depuis cette époque, on a publié, surtout en France et en Angleterre, de nombreuses observations isolées, relatives à ces troubles si singuliers et si limités de la parole et de la mémoire des mots ; mais aucun travail d'ensemble n'a paru, à notre connaissance, sur ce sujet intéressant. Nous devons seulement mentionner, comme surtout dignes d'attention, différents mémoires du professeur Bouillaud, qui, depuis 1837 (3), a publié beaucoup d'observations, tendant à placer dans les lobes antérieurs du cerveau le siège de la faculté du langage et du pouvoir coordinateur de la parole. Enfin, parmi les travaux plus récents, qui ont paru sur ce point limité de la pathologie cérébrale, nous devons signaler en dernier lieu ceux du Dr Hun, de W. Nasse, de Forbes Winslow, de Broca et du professeur Trousseau.

Pour classer aussi clairement que possible les observations particulières que nous allons relater dans la première partie de ce travail, nous admettrons les trois catégories suivantes :

Dans la première, nous placerons les cas dans lesquels, tout en conservant l'intelligence et l'intégrité des organes de la phonation, les malades ne se rappellent, ou n'articulent spontanément, que certains mots, certaines catégories de mots, ou même certaines syllabes.

(1) Gesner, *Sammlungen von Beobachtungen aus der Arzneigelartheit Nordl*, 1770, II, 107.

(2) Crichton, *Nature et origine des maladies mentales*.

(3) Bouillaud, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1837.

et certaines lettres, mais peuvent encore répéter tous les mots qui leur sont fournis et peuvent également les écrire.

Dans une seconde catégorie, nous rapporterons quelques faits très curieux, dans lesquels les malades ne peuvent prononcer que certains mots ou certaines syllabes toujours les mêmes, et ne sont plus cabables de répéter les autres mots proférés devant eux, quoiqu'ils conservent encore la faculté de les écrire, ou bien ne peuvent plus les écrire, quoiqu'ils puissent encore les prononcer.

Enfin, dans la troisième catégorie, nous citerons quelques cas plus rares dans lesquels les malades n'ont plus à leur disposition que quelques mots, ou quelques syllabes, qui leur servent à exprimer toutes leurs pensées et ne peuvent plus écrire, ni prononcer tous les autres mots de la langue.

Ce classement est sans doute artificiel. Il ne comprend pas tous les cas si variés, et souvent si complexes, que l'on peut rencontrer dans la pratique; mais il nous a paru le plus commode pour exposer, avec quelque clarté, les faits principaux que nous avons pu recueillir.

Première série de faits.

Cas dans lesquels, tout en conservant l'intégrité de l'intelligence et des organes de la parole, les malades ne peuvent plus se rappeler ni articuler certains mots, certaines catégories de mots ou certaines lettres, mais peuvent encore répéter tous les mots qu'on leur fournit, et peuvent également les écrire.

Crichton rapporte le fait suivant :

Observation I[re]. — Un homme de soixante-dix ans, précédemment estimé à cause de ses talents, tomba tout à coup, à la suite d'exès vénériens, dans un état de dépression des forces, de vertiges, de perte de mémoire et d'insensibilité à tous les événements de la vie. Lorsqu'il voulait demander quelque chose, il se servait toujours d'une expression impropre; par exemple, au lieu de demander un morceau de pain, il demandait ses bottes, et lorsqu'on les lui apportait, il savait très bien qu'elles ne répondaient pas à l'idée qu'il avait de la chose qu'il désirait, ce qui le mettait de mauvaise humeur; cepen-

dant il continuait à demander ses bottes ou ses souliers, tandis que c'était du pain qu'il désirait. S'il avait besoin d'un verre pour boire, il y avait cent à parier contre un qu'il demanderait un autre objet de ménage; et si on lui apportait cet objet, il l'appelait verre ou assiette.

Il était évident que le malade avait conscience de son erreur; car lorsque l'expression convenable lui était fournie, par une autre personne, et qu'on lui demandait si c'était bien là ce qu'il désirait, il reconnaissait son erreur et se rectifiait lui-même en employant le mot exact.

Observation II. — Le Dr Wilhem Nasse, de Bonn (1), rapporte l'observation d'un homme d'une trentaine d'années, qui, à la suite d'accès apoplectiques répétés étant paralysé de la moitié du corps, avait cependant conservé la jouissance de ses facultés intellectuelles. Il pouvait, grâce à l'intégrité des mouvements de sa langue, se faire bien comprendre, mais au milieu de ses phrases, il employait souvent des mots tout à fait déplacés; ce qu'il remarquait immédiatement, et dans son mécontentement, il cherchait à y remédier par des gestes ou des périphrases. Lorsqu'on prononçait devant lui le mot désiré, il le répétait aussitôt avec facilité, et pouvait également le mettre par écrit. Après de nouvelles congestions répétées, la faculté de s'exprimer diminua progressivement chez ce malade et arriva enfin peu à peu à un état de démence.

Observation III. — Observation communiquée par le Dr Alex. Hood (2). Il s'agit d'un serrurier qui tout à coup commença à parler d'une manière incohérente, ne put se faire comprendre que par signes et devint incapable de prononcer les noms de tous les objets de la nature. Sa mémoire des objets eux-mêmes paraissait complètement intacte, mais la possibilité de désigner exactement les personnes et les choses avait complètement disparu chez lui, et ce n'est que peu à peu, dans l'espace de quatre mois, qu'il parvint à recouvrer l'usage de cette faculté. Dans cet état, il parlait sans difficulté. Il avait la conscience parfaite de sa faiblesse, et il montrait par sa conduite et

(1) Dr Wilhem Nasse, *Journal de psychiatrie*, 1852, p. 527.
(2) Hood, *Memoires of the Society phrenological of London*, janvier 1831, p. 235.

par les ordres qu'il donnait qu'il était en complète possession de ses facultés intellectuelles; il pouvait répéter les mots prononcés devant lui, au moment même, et il présenta dans sa lente convalescence cette particularité que lorsqu'il voulait prononcer un mot ou l'écrire, il ne parvenait à en dire que la moitié, quelques syllabes ou quelques lettres; par exemple : mart. pour marteau, et il n'arrivait à trouver la fin du mot qu'après plusieurs heures, et même plusieurs jours.

Dans le même travail, on cite d'autres faits où cette incapacité de parler était portée plus loin. Dans l'un d'entre eux, en questionnant le malade, on ne pouvait obtenir de lui aucune réponse et cependant il pouvait répéter un mot qu'il venait d'entendre et lire un morceau dans un livre *après* qu'une autre personne venait de le lire.

Observation IV. — Une autre malade, après un accès apoplectique, avait oublié toutes les lettres de l'alphabet, ainsi que le français qu'elle connaissait très bien ; et pourtant elle conservait une bonne mémoire des choses. Pour la mettre à l'épreuve sous ce rapport, on la laissa un jour seule à la maison avec la cuisinière, et elle fut en état de lui donner par signes toutes les indications nécessaires pour préparer le repas.

Observation V. — Belhomme (1) raconte qu'un soldat, après une attaque apoplectique, perdit si complètement l'usage des mots, qu'il ne pouvait répondre que oui et non à toutes les questions. Quoiqu'il connût les langues, il ne pouvait ni désigner les lettres ni les épeler ; mais il les répétait facilement lorsqu'elles étaient prononcées devant lui. Il ne recouvra que peu à peu, et seulement dix-huit mois après, le libre usage des langues qui lui avaient été familières autrefois.

Quelquefois, les malades ne conservent que le souvenir de quelques mots ou de quelques locutions qui leur servent à répondre à toutes les questions.

Observation VI. — Le Dr Durand-Fardel (2), parle d'une hémiplégique de la Salpêtrière, qui, sans affaiblissement de l'intelligence,

(1) Belhomme, *Cinquième Mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales*, p. 68 ; Paris, 1848.

(2) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau;* 1843.

ne pouvait prononcer que : « Madame été. Mon Dieu ! Est-il possible ! Bonjour, madame ».

Et il en cite une autre qui n'avait à sa disposition que le mot incompréhensible *Sivona*.

Observation VII. — Hasbach (1) cite le fait d'un apoplectique qui ne pouvait prononcer que les mots : « Juste Dieu ! » mais auquel manquait la possibilité d'articuler les lettres séparées.

Une variété spéciale de cette lésion consiste dans la perte d'une certaine classe de mots, et presque toujours des mêmes, tandis qu'il y a persistance des autres catégories de mots. Ce qu'il y a de plus fréquent, sous ce rapport, c'est l'oubli des noms propres, et quelquefois même de son propre nom.

Observation VIII. — Crichton rapporte plusieurs faits de personnes qui, tout à coup, furent hors d'état de se rappeler leur propre nom et en particulier celui d'un ambassadeur à Saint-Pétersbourg, qui, un matin, ayant plusieurs visites à faire, fut obligé, dans une maison où les domestiques ne le connaissaient pas, de donner son nom. Tout à fait hors d'état de répondre à cette question, il se retourna vers celui qui l'accompagnait et lui demanda sérieusement : « De grâce, dites-moi donc mon nom ». Cette question provoqua le rire. Il fut obligé d'avouer qu'il avait oublié son nom. On le lui dit alors, et il put terminer sa visite.

Observation IX. — Gall (2) reproduit une observation de Larrey, relative à un jeune homme qui, à la suite d'un coup d'épée ayant lésé le lobe cérébral antérieur gauche, avait complètement perdu la mémoire des noms, tandis qu'il avait conservé celle des figures et de tous les objets susceptibles d'une description.

Observation X. — Pinel (3) parle d'un malade qui, après une attaque congestive, avait oublié son nom, ainsi que celui de sa femme, de ses enfants et de ses amis, quoique sa langue conservât toute sa mo-

(1) Hasbach, *Journal fur psychiatrie*, 1852, t. IX, page 263.
(2) Gall, *Fonctions du cerveau*, t. V, p. 26.
(3) Pinel, *Traité de l'aliénation mentale*, 2e édit., page 105.

bilité. Il donnait des preuves non douteuses de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et cependant il ne pouvait ni lire ni écrire.

Observation XI. — Reil (1) raconte le fait d'un malade qui, à la suite d'une blessure grave du cerveau, ne put réapprendre son propre nom qu'au bout d'un long temps.

Observation XII. — Bouillaud (2) et Duperthuis (3) rapportent des faits semblables, où la faculté de se rappeler les noms propres manquait également; mais ces faits doivent être probablement exclus de ce travail parce que les mouvements des muscles de la mâchoire et de la langue n'étaient pas intacts et qu'il y avait en même temps un certain trouble intellectuel.

Il existe en outre toute une catégorie de faits dans lesquels la perte de la mémoire s'étend à tous les noms propres, à tous les substantifs, dans lesquels, en un mot, manque la mémoire des noms de tous les objets.

Observation XIII. — Bergmann (4) cite le fait d'un homme qui, à la suite d'une chute sur la tête, avait perdu la mémoire des noms, tandis que celle des choses et des lieux était intacte. Il pouvait prononcer et employer convenablement les verbes, mais ne pouvait trouver les substantifs et il employait ainsi constamment des périphrases; pour désigner des ciseaux, il disait : « ce avec quoi l'on coupe » ; pour indiquer une fenêtre, « ce par où l'on voit, par où il fait clair ».

Observation XIV. — Graves (5) relate un exemple intéressant sous ce rapport. Un homme de cinquante-six ans, à la suite d'une attaque de paralysie, est atteint d'une incapacité de se servir des substantifs et des noms propres, tout en étant du reste capable de bien s'exprimer. Il ne peut indiquer que les premières

(1) Reil, *Mémoires cliniques* (fascicule 4, p. 12).
(2) Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, p. 191.
(3) Duperthuis, *Gazette des hôpitaux*, p. 66; 1849.
(4) Bergmann, *Journal für psychiatrie*, 1849, p. 659.
(5) Graves, *Dublin quarterly journal*, t. XI, p. 1, 1851.

lettres des mots qu'il désire. Il s'est fait un petit dictionnaire des mots les plus usuels, et, pendant une conversation, il cherche dans ce dictionnaire jusqu'à ce qu'il ait pu trouver le mot qui lui manque; il peut alors le prononcer, tant qu'il le fixe avec le doigt et les yeux, mais immédiatement après il l'oublie de nouveau.

Observation XV. — Une dame présentait une faiblesse analogue par rapport aux noms propres, et, chose remarquable, cet oubli des noms commença par ceux d'une famille amie qu'elle voyait tous les jours.

Enfin, on observe quelquefois des personnes qui perdent la mémoire de tous les substantifs.

Observation XVI. — Bouillaud (1) rapporte que le célèbre Broussonnet, qui mourut d'une affection cérébrale, était totalement incapable de se rappeler les substantifs, tandis qu'il conservait le souvenir des autres mots. Le même auteur ajoute un autre fait observé par Cassan, dans lequel avec la conservation complète de la mémoire des choses, celle des substantifs et même des adjectifs avait complètement disparu.

Pour terminer les observations de cette première série, nous mentionnerons encore les quatre faits suivants :

Observation XVII. — Le Dr Forbes Winslow a observé un malade qui avait perdu complètement la mémoire de certains mots, tandis qu'il conservait l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Si l'un de ces mots était prononcé devant lui, il le saisissait en un instant et le répétait, mais, dans une conversation, il était obligé d'employer une périphrase pour désigner les objets dont le nom lui avait échappé.

Observation XVIII. — *Un épileptique ne pouvait pas prononcer un seul mot, mais il les répétait et les écrivait sans difficulté quand ils étaient prononcés devant lui* (2).

Observation XIX. — Après une attaque d'apoplexie, une dame

(1) Bouillaud, ouvr. cité, p. 289.
(2) Forbes Winslow, *Obscure Diseases of the brain and mind*, p. 510.

fut atteinte d'une singulière lésion de la mémoire; en parlant, *elle ne faisait usage que de l'infinitif des verbes et n'employait jamais aucun pronom.* Par exemple, au lieu de dire : Je vous souhaite le bonjour, arrêtez-vous, mon mari va venir de suite, elle disait : Souhaiter le bonjour, arrêter, mon mari va venir. Pendant longtemps, cette malade ne pouvait pas compter au delà de trois, mais, dans d'autres moments, elle était capable de compter jusqu'à quarante. Elle arriva aussi à acquérir la connaissance des pronoms, mais sans parvenir à en faire une juste application (1).

Observation XX. — « Je donnais des soins, dit Thomas Hun, à une dame qui mourut d'un cancer du cerveau, occupant, à l'époque de sa mort, la plus grande portion du lobe antérieur gauche. Dans les premières périodes de sa maladie, elle ne pouvait souvent dire les noms des objets les plus familiers, et elle se trouvait réduite à s'exprimer par signes ou à montrer les objets du doigt. Lorsque le mot dont elle avait besoin était prononcé devant elle, elle le reconnaissait et pouvait le répéter. Avec les progrès du mal, cette difficulté de la parole augmenta, et elle finit par tomber dans une sorte d'imbécillité. »

Deuxième série de faits.

Cas dans lesquels les malades prononcent encore spontanément certains mots, ou certaines phrases, mais ne peuvent plus répéter les mots proférés devant eux, tout en conservant la faculté d'écrire ou bien la possibilité de lire.

Nous réunissons à dessein dans une même catégorie les faits suivants, qui diffèrent bien sous certains rapports, mais qui présentent tous ce point commun d'un désaccord bien singulier entre l'articulation des mots par la parole et leur expression par l'écriture, deux modes de manifestation de la pensée humaine qui paraissent inséparables dans l'état normal, et qui se trouvent cependant dissociés d'une manière bien remarquable par la maladie.

Nous nous bornerons actuellement à rapporter ces faits sans com-

(1) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, etc., p. 392.

mentaires, nous réservant de les comparer et de les discuter plus tard dans la seconde partie de ce travail. Pour établir de l'ordre dans leur exposé, nous commencerons par ceux où la faculté d'écrire est conservée, et nous réserverons pour la fin les observations dans lesquelles les malades ayant perdu la faculté d'écrire, ont cependant conservé la possibilité de lire ou de parler.

Observation XXI. — Lallemand (1) raconte l'observation d'un phtisique de cinquante ans, qui, dans toute la plénitude de son intelligence et toute la liberté des mouvements de la langue, et sans aucune paralysie, avait perdu complètement la parole, à l'exception de quelques mots monosyllabiques, mais qui, autant que le lui permettait son éducation, se faisait bien comprendre par écrit. Après la mort, on trouva la surface du lobe moyen ramollie dans un point limité.

Observation XXII. — Martinet (2) et Bouillaud (3) rapportent le fait d'un homme de cinquante-quatre ans, qui, à la suite d'émotions pénibles, fut atteint de l'infirmité d'employer des mots incompréhensibles ou inexacts, et dont cependant les facultés intellectuelles et musculaires étaient inaltérées. Cet homme répondait par écrit à toutes les questions, mais il ne pouvait pas articuler ce qu'il venait d'écrire, ni lire toute autre chose en général.

Observation XXIII. — En 1862, Trousseau a observé un facteur de la halle, qui ne gardait plus dans la mémoire que quelques mots, et qui cependant conservait une entière lucidité de pensée et la faculté d'écrire correctement tout ce qui lui venait à l'esprit, de faire les calculs les plus compliqués, et de continuer néanmoins son service à la halle.

Trousseau ajoute que Duchenne (de Boulogne) voyait à la même époque, dans son cabinet, une femme qui était dans les mêmes conditions. Elle pouvait aligner ses pensées au moyen de l'écriture, quoiqu'elle fût, comme le facteur, complètement incapable de parler (4).

(1) Lallemand, *Lettre sur l'encéphale*, t. II, p. 448.
(2) Martinet, *Revue médicale*.
(3) Bouillaud, ouvrage cité, page 290.
(4) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7e édition ; Paris, 1885

Le Dr Osborn a rapporté avec détails l'observation remarquable suivante :

Observation XXIV. — Un monsieur de trente-six ans environ, d'une instruction littéraire très distinguée, élève du collège de la Trinité, et connaissant le français, l'italien et l'allemand, demeurait, il y a un an environ, à la campagne, et avait pris l'habitude de se baigner dans un lac voisin. Un matin, après son bain, il était assis à déjeuner lorsqu'il tomba tout à coup d'une attaque d'apoplexie. Un médecin fut appelé, qui le saigna, et, soumis à un traitement approprié, il reprit ses sens environ quinze jours après. Quoique ayant recouvré l'usage de son intelligence, il était complètement privé de la parole. *Il parlait, mais ce qu'il disait était tout à fait inintelligible, quoiqu'il ne fût atteint d'aucune affection paralytique et qu'il prononçât un grand nombre de syllabes avec une véritable facilité.* Lorsqu'il vint à Dublin, son jargon extraordinaire le fit prendre pour un étranger dans l'hôtel où il descendit, et lorsqu'il vint au collège pour voir un de ses amis, il fut incapable d'exprimer son désir au concierge, et n'y réussit qu'en indiquant avec le doigt les appartements que cet ami habitait.

Le Dr Osborn eut de fréquentes occasions d'observer la nature particulière de trouble dont ce malade était atteint, et l'éducation libérale qu'il avait reçue le mit en état de découvrir plusieurs particularités de cette affection, qui, sans cette circonstance, n'eussent pas pu être mises en lumière. Ces particularités étaient les suivantes :

1° *Il comprenait parfaitement tous les mots qu'on lui disait*, ce qui était prouvé par beaucoup de moyens inutiles à décrire ici.

2° *Il comprenait parfaitement le langage écrit.* Il continuait à lire les journaux tous les jours, et, lorsqu'on l'examinait, il prouvait qu'il avait un souvenir très exact de tout ce qu'il avait lu. S'étant procuré un exemplaire de la *Pathologie* d'Andral, en français, il la lut avec rapidité, ayant eu en dernier lieu l'intention d'embrasser la profession médicale.

3° Il exprimait ses idées en écrivant avec une grande rapidité, et lorsqu'il se trompait, cela paraissait résulter d'une simple confusion de mots et non d'une incapacité, les mots étant d'une orthographe correcte, et seulement quelquefois mal placés. Il traduisait des

phrases latines très convenablement. Il écrivait également d'une manière correcte des réponses et des questions d'histoire.

4° La connaissance de l'arithmétique était conservée. Il additionnait et soustrayait des nombres de différentes dénominations avec une grande facilité; il jouait également bien au jeu d'échecs, qui suppose des calculs relatifs au nombre et à la position.

5° Sa mémoire des sons musicaux ne pouvait être affirmée, ne connaissant pas ce qu'elle était avant l'attaque d'apoplexie; mais, lorsqu'il entendait les deux airs nationaux de l'Angleterre, il indiquait clairement qu'il les reconnaissait.

6° La faculté de répéter les mots après une autre personne était presque réduite à quelques monosyllabes, et, en répétant les lettres de l'alphabet, il ne pouvait jamais prononcer *k*, *q*, *u*, *v*, *w*, *x* et *z*, quoiqu'il prononçât souvent ces sons, en essayant d'en prononcer d'autres. Il pouvait également très rarement prononcer la lettre *i*.

7° Afin de bien caractériser la lésion spéciale du langage qu'il présentait, le Dr Osborn choisit et mit sous les yeux du malade une phrase empruntée au règlement du Collège des physiciens, et lui ayant dit de la lire, le malade prononça une série de syllabes qui n'avaient aucun sens dans aucune langue et qui ne ressemblaient en rien à celles de la phrase qu'il avait sous les yeux. Il lui présenta le même passage plusieurs jours après, et il le lut d'une manière toute différente, avec des syllabes nouvelles, mais également incompréhensibles.

Le Dr Osborn fait remarquer que, parmi ces syllabes, il en est beaucoup qui se présentent fréquemment dans la langue allemande, qui avait probablement laissé une plus forte impression dans la mémoire de ce malade. Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est que, *quoique ce malade parût en général savoir qu'il se trompait en parlant*, cependant *il était*, malgré cela, *incapable de prononcer correctement, et pourtant il était exempt de toute affection paralytique des organes de la voix!* (1)

Terminons cette série de faits relatifs à la conservation de l'écriture,

(1) Dr Osborn, *Dublin quarterly journal of medical science for* 1833, vol. IV, page 157. — Forbes Winslow, *On obscure Diseases*, pages 528, 529 et 530.

malgré l'altération de la faculté de parler, par quatre observations empruntées à Forbes Winslow :

Observation XXV. — Un militaire, qui était resté pendant plusieurs années au Canada, présentait des symptômes cérébraux consistant dans le déplacement des mots du langage, à la suite de deux attaques d'apoplexie. Sa conversation était un mélange singulier de mots auxquels aucun sens ne pouvait être attaché ; mais ce qu'il y avait de remarquable dans ce cas, c'est *qu'il était en état d'écrire d'une manière suivie* et avec une parfaite lucidité tout ce qu'il désirait communiquer aux autres ; mais, *lorsqu'il essayait de parler, sa conversation était tout à fait inintelligible.*

Ce malade est reparti en Amérique, et l'auteur n'a pu suivre la marche de son affection (1).

Observation XXVI. — Une dame, après une attaque de paralysie, perdit toute possibilité de parler, mais resta capable de communiquer ses désirs par écrit. Cependant, en écrivant, elle traçait invariablement le mot *non* quand elle voulait dire *oui*, et *vice versa*. Lorsqu'elle écrivait : Je désire que vous fassiez telle chose, elle l'écrivait en intervertissant les mots. J'ai appris que cette dame vivait encore et que ce singulier trouble de l'écriture persistait toujours (2).

Observation XXVII. — Un homme âgé de soixante-six ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie, *oublia de lire* et même de distinguer une lettre d'une autre ; *mais si un nom ou une phrase étaient mentionnés devant lui, il pouvait l'écrire immédiatement* et avec la plus grande exactitude. Néanmoins il était incapable de lire ou de distinguer ce qu'il avait écrit ; car si on lui demandait quelle était telle ou telle lettre, ou bien comment les lettres étaient combinées, il était évident que *l'écriture avait été exécutée mécaniquement*, sans aucun exercice de la réflexion ou du jugement. Dans ce cas, aucun des moyens qui furent employés ne put rétablir la connaissance des lettres dans son esprit (3).

(1) Forbes Winslow, *Obscure Diseases of the brain*, p. 521.
(2) Id., *ibid.*, p. 520.
(3) Id., *Ephémérides naturæ curiosorum*, p. 404.

Enfin Forbes Winslow (1), mentionne encore le fait d'un malade qui, à la suite d'une blessure à la tête, *avait oublié de lire, mais était cependant en état d'écrire* très couramment et très correctement.

Aux faits qui précèdent, dans lesquels les malades avaient conservé la faculté d'écrire ce qu'ils ne pouvaient pas prononcer, nous joindrons maintenant des faits inverses, dans lesquels les malades pouvaient lire ou prononcer certains mots, sans pouvoir les écrire.

Observation XXVIII. — En août 1785, dit le Dr Hertz, je fus appelé auprès d'un officier d'artillerie, de quarante ans environ, qui avait été pris d'une paralysie à la suite d'un refroidissement et d'une violente colère. Sa langue, ses bras et ses jambes étaient paralysés par cette attaque. Il était soigné par un autre médecin qui me consulta pour savoir s'il convenait d'appliquer l'électricité. Depuis l'époque où ce moyen fut employé pour la première fois jusqu'à l'année dernière, je ne l'ai pas revu : mais il me fit de nouveau appeler, parce que son médecin, disait-il, l'avait abandonné. Je le trouvai assez rétabli pour avoir l'usage de ses jambes; ses bras également étaient plus forts; mais, sous le rapport de la parole, on remarquait la circonstance singulière suivante : il pouvait articuler distinctement tous les mots qui lui arrivaient spontanément, ou qui lui étaient répétés doucement et à haute voix. Il s'exerçait alors avec effort à parler; mais un murmure inintelligible était tout ce qu'on pouvait entendre. L'effort était violent et se terminait par un profond soupir. D'un autre côté, *il pouvait lire à haute voix avec facilité*. Lorsqu'un livre ou un papier étaient placés sous ses yeux, il lisait si rapidement et si distinctement qu'il était impossible d'observer le plus léger défaut dans les organes de la parole. Mais si le livre ou le papier lui étaient retirés, *il était alors incapable de prononcer aucun des mots qu'il avait lus un instant auparavant*. Je tentai l'expérience chez lui à plusieurs reprises, non seulement en présence de sa femme, mais devant beaucoup d'autres personnes, et l'effet fut toujours uniformément le même (2).

(1) Forbes Winslow, p. 391.
(2) *Psychological Magasine*, t. VIII. — Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 393.

Observation XXIX. — Un homme de soixante-dix ans fut pris d'une sorte de crampe dans les muscles de la bouche, accompagnée d'une sensation de chatouillement sur toute la surface de son corps, comme si des fourmis la parcouraient en tous sens. Après qu'il eut éprouvé une attaque de faiblesse et de confusion mentale, on observa chez lui une singulière altération de la parole ; *il articulait avec facilité et couramment, mais il employait des mots étranges que personne ne pouvait comprendre* ; lorsqu'il parlait rapidement, il prononçait des nombres, et çà et là il employait des mots usuels, mais dans une acception impropre ; il avait la conscience qu'il prononçait des choses sans aucun sens. *Ce qu'il écrivait était aussi défectueux que ce qu'il disait;* il ne pouvait pas écrire son nom ; les mots qu'il écrivait étaient ceux qu'il proférait en parlant, et ils étaient toujours écrits conformément à sa manière de les prononcer.

Il ne pouvait pas lire, et cependant beaucoup d'objets extérieurs paraissaient éveiller en lui l'idée de leur présence (1).

Observation XXX. — Van Goens parle de la femme de M. Hennert, professeur de mathématiques à Utrecht, qui fut affectée d'un singulier défaut de l'articulation : lorsqu'elle voulait demander une chaise elle demandait une table ; lorsqu'elle désirait un livre, elle demandait un verre ; mais, ce qu'il y avait de remarquable chez elle c'est que *lorsque l'expression exacte de sa pensée était proférée devant elle, elle ne pouvait pas la prononcer.* Elle était mécontente lorsqu'on lui apportait les objets qu'elle avait nommés à la place de ceux qu'elle désirait ; quelquefois elle s'apercevait elle-même qu'elle avait donné un nom erroné à l'objet de sa pensée. Cet état se prolongea pendant plusieurs mois, après lesquels elle recouvra peu à peu l'usage complet de la faculté de parler. Sa mémoire ne semblait en défaut que sous ce rapport, car Van Goens dit qu'elle dirigeait les affaires de son ménage avec autant de régularité qu'autrefois (2).

Observation XXXI. — Une malade atteinte d'un cancer de l'utérus, qui l'avait mise dans une très grande prostration, fut saisie subi-

(1) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 509.
(2) Id., *ibid.*, p. 507.

tement, dans le milieu de la nuit et sans cause connue, d'un mutisme presque complet qui ne lui permettait plus que de dire : *Oui, oui,* à toutes les questions, qu'elles fussent contradictoires ou non. Elle conservait néanmoins l'usage de son intelligence, et n'était ni paralysée ni aliénée. *Lorsqu'on lui disait d'écrire ce qu'elle avait à communiquer, elle traçait sur le papier un assemblage de lettres auxquelles aucun sens ne pouvait être attaché* (1).

Troisième série de faits.

Cas dans lesquels les malades conservent encore la possibilité de prononcer quelques mots toujours les mêmes, qui à l'aide de la mimique, leur servent à exprimer leurs pensées, mais ont perdu la faculté de lire, d'écrire et de répéter les mots devant eux.

Voici comment le Dr Morel (2) s'exprime à l'égard des malades appartenant à cette catégorie : « On trouve assez fréquemment des individus qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, d'une congestion ou d'un ramollissement, *perdent l'usage presque complet du vocabulaire et ne conservent plus que quelques mots qui, dans leur esprit, ont toutes les significations possibles.* Lorsqu'on ne les comprend pas, ils s'attristent, s'impatientent et répètent alors avec plus ou moins de véhémence leurs mots d'adoption. Ces individus ont toute leur raison, ce dont il est facile de s'assurer par l'expression de leurs yeux, et surtout par leurs gestes et par l'air de satisfaction qu'ils manifestent lorsqu'on les a devinés. Cet état peut persister très longtemps et se montrer jusqu'à la mort. »

Nous commencerons l'énumération des faits de cette troisième série par une observation très intéressante que nous empruntons au Dr Hun.

Observation XXXII. — M. Nelly, serrurier, âgé de trente-cinq ans, de mœurs régulières, ayant l'intelligence suffisamment développée, pouvait, avant sa maladie actuelle, lire et écrire avec facilité ; durant

(1) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 510.
(2) Dr Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 303 et 304.

ces huit dernières années, il avait souffert d'une affection du cœur qui avait déterminé des hémoptysies répétées ; par moments, il était en état de se livrer à son travail.

Le 4 juillet, il marcha beaucoup au soleil, et, dans la soirée, il eut des symptômes de congestion cérébrale : il resta pendant plusieurs jours dans un état de stupeur d'où on ne le tirait que pour le faire boire, mais dans lequel il retombait, aussitôt qu'il était abandonné à lui-même. Au bout de quelques jours il commença à revenir à lui et à comprendre ce qu'on lui disait ; toutefois, on remarqua qu'il avait beaucoup de difficulté à s'exprimer et que le plus ordinairement il faisait connaître ses besoins par des signes ; il n'y avait pas de paralysie de la langue ; il la remuait dans toutes les directions et *pouvait articuler distinctement un petit nombre de mots ;* il connaissait la valeur des mots prononcés devant lui ; mais ne pouvait se rappeler ceux dont il avait besoin pour s'exprimer, *ni répéter ces mots après moi.* Si je revenais à la charge, l'incapacité restait la même ; quoiqu'il fît les plus grands efforts pour vaincre la difficulté, il marmottait des mots qui avaient de la ressemblance avec ceux qu'il essayait d'articuler. Après qu'il eut fait de vains efforts pour répéter un mot après moi, je l'écrivis et il commença à l'épeler lettre par lettre, et, au bout de quelques tentatives, il fut en état de le répéter. Si on lui ôtait l'écriture, il ne pouvait plus le dire ; mais, après une longue étude du mot écrit et de fréquentes répétitions, il pouvait l'apprendre, le retenir et s'en servir ; il avait une ardoise sur laquelle étaient écrits les mots qui lui étaient le plus nécessaires et il y avait recours quand il avait besoin de parler. Il apprit ces mots peu à peu et étendit suffisamment son vocabulaire pour n'avoir plus besoin de son ardoise. Il lisait assez bien dans un livre imprimé, mais il hésitait sur certains mots. *Quand il ne pouvait prononcer un mot, il était également hors d'état de l'écrire,* jusqu'à ce qu'il l'eût vu écrit et qu'il eût appris à l'écrire, comme il apprenait à prononcer après des exercices répétés.

Il y a maintenant six mois qu'il est dans cette situation. Sa santé est satisfaisante, à l'exception d'une légère dyspnée et d'un œdème des jambes, dépendant de sa maladie du cœur. Il apprend sans cesse des nouveaux mots et peut se faire suffisamment comprendre, quoiqu'il ne trouve pas le mot propre, comme s'il parlait une langue

étrangère imparfaitement connue. Il répète les mots prononcés devant lui sans les voir écrits. Son esprit paraît quelque peu lésé, comme cela se remarque surtout chez les personnes qui ont eu une attaque d'apoplexie. Ce malade ne s'est jamais plaint de céphalalgie (1).

Schmidt (2) a publié cinq faits dans lesquels les malades, sans aucune manifestation apoplectique et avec intégrité de leur intelligence, étaient hors d'état d'écrire ce qu'ils ne pouvaient prononcer.

Observation XXXIII. — Gesner rapporte l'exemple d'un homme de soixante-treize ans, qui, atteint de l'incapacité de faire comprendre ses pensés devive voix ou par écrit, employait des mots incompréhensibles ou impropres (par exemple *adieu* au lieu de *je pense*), et ne pouvait ni écrire ni lire, soit son propre nom, soit toute autre chose. Il n'était paralysé d'aucune partie du corps, comprenait très bien tout ce qu'on disait devant lui, avait la conscience de l'altération de son langage, et sa langue ne manquait en rien de sa faculté d'articuler des mots.

Observation XXXIV. — Après une attaque de maladie du cerveau, un homme *n'avait à sa disposition que la première syllabe des noms*, c'est-à-dire qu'il ne pouvait terminer la prononciation d'un mot quoiqu'il en connût la première syllabe (3).

Observation XXXV. — Un soldat français fut atteint d'une fracture contusive du crâne, ayant ouvert le sinus longitudinal supérieur. Au premier abord, il y eut des symptômes de compression. Une fois à l'hôpital d'Anvers, il comprit tout ce qu'on lui disait et paraissait tout à fait intelligent ; *il ne pouvait répondre que* ba-ba *à tous les interrogatoires*. C'était une chose très pénible de voir combien il était affecté de son incapacité d'exprimer ses pensées (4).

(1) Thomas Hun, *American Journal of insanity*, 1851, p. 358.
(2) Schmidt, *Hanover correspondenzbladt*, 1852, p. 22.
(3) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 391.
(4) Id., *ibid.*, p. 407 et 408.

Observation XXXVI. — Le Dr Baillie (1) décrit un cas curieux de trouble de la mémoire produit par la paralysie. « Un monsieur, âgé de cinquante-six ans, fut pris des symptômes d'une compression du cerveau, et devint complètement paralysé du côté droit. On découvrit qu'*il avait perdu le souvenir des mots de sa propre langue, excepté un petit nombre d'entre eux qu'il prononçait d'une manière très distincte*, et en variant singulièrement les intonations, de manière à exprimer le plaisir ou la peine, la joie ou la douleur, pour expliquer les circonstances de sa maladie, et indiquer ce dont il avait besoin, *sans avoir la conscience qu'il n'employait pas les mots exacts pour exprimer sa pensée* (2). »

Observation XXXVII. — « Un monsieur de quarante-six ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, après avoir éprouvé un grand malaise de l'esprit et avoir été exposé à une forte fatigue physique, fut pris d'apoplexie suivie d'hémiplégie. L'apoplexie fut légère, mais l'hémiplégie fut complète. La faculté de parler fut entièrement perdue, de telle sorte qu'*il ne pouvait prononcer que les sons* EE-O ; mais il en variait tellement l'intonation, qu'avec le secours de gestes expressifs, il était en état de faire comprendre à ceux qui l'entouraient sa pensée très distinctement sur les choses usuelles de la vie. Il comprenait très bien tout ce qu'on lui disait, et savait parfaitement ce qu'il désirait répondre lui-même ; mais il était incapable de prononcer autre chose que les sons sus-mentionnés. Mais, *croyant cependant qu'il employait exactement les mots destinés à la communication de sa pensée*, il paraissait surpris et mécontent lorsqu'il n'était pas compris. Il cherchait quelquefois à expliquer ce qu'il voulait dire en écrivant sur une ardoise ; mais, généralement, *il substituait un mot à un autre*, et presque toujours il se trompait en épelant ce qu'il écrivait (3). »

Observation XXXVIII. — Le Dr T. K. Chambers a publié le cas intéressant suivant, de perte du langage consécutive à une maladie aiguë du cerveau :

(1) Dr Baillie, *Medical Transactions of the College of physicians*, t. IV.
(2) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 412.
(3) Cooke, *On nervous Diseases*. — Forbes Winslow, p. 412.

« Harriet C....., âgée de douze ans, eut le typhus en décembre 1845. Elle éprouva beaucoup de délire et des symptômes intestinaux ; mais, comme c'est habituel chez les enfants, elle se rétablit rapidement et put retourner à l'école. Cependant, après quelques jours de séjour, un soir, en revenant de l'école, elle fut prise d'un accès ayant un caractère épileptique indécis, eut des roideurs et retomba de nouveau dans le délire. Ce délire fut monotone et remarquable par la répétition constante du mot *Sinner*, avec toutes sortes de variétés d'intonation. On eut recours à tous les moyens, comme dans sa première attaque. Elle guérit après quelques semaines, de manière à être levée et habillée, mais avec *la perte de la faculté de prononcer tout autre mot que celui qu'elle avait répété si souvent pendant sa fièvre*. Elle s'en servait pour exprimer toutes ses idées : pour refuser, elle secouait sa tête en disant *Sinner ;* l'assentiment était exprimé par le même mot ; et pour demander du pain et du beurre, elle disait : *Sin un sinner. Elle comprenait parfaitement tout ce qu'on lui disait, et paraissait capable de lire ses leçons habituelles.*

« On lui appliqua des vésicatoires derrière les oreilles, et de petites doses de mercure lui furent administrées. En même temps, on montra à sa mère et à sa famille à lui enseigner les mots comme si l'on apprenait à un enfant à parler. Je m'efforçai aussi de lui indiquer, par des mouvements de la bouche et de la gorge, le moyen de former des lettres, absolument comme on instruit les sourds-muets de naissance, et je la trouvai intelligente et docile. Elle acquit rapidement le mot oui, puis d'autres expressions élémentaires, et vers la fin du printemps, elle fut en état, comme me le disait sa mère, de parler comme une femme âgée.

« Pendant ce temps, des symptômes de phtisie avaient paru, et elle mourut l'été dernier, soignée par un autre médecin, dont les efforts pour obtenir une autopsie furent infructueux (1). »

Observation XXXIX. — Un homme, en montant un cheval rétif, reçut un coup de pied de cheval sur la tête. Il se rétablit, mais présenta une singulière perversion du langage. Pendant quelques

(1) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 414.

semaines, les seuls mots qu'il pouvait prononcer étaient : *écurie*, *cheval*, *coup de pied*. Il employait ces mots toutes les fois qu'il voulait parler avec les personnes qui l'entouraient. On fit des efforts pour l'engager à employer d'autres mots et à relier ses idées, mais ce fut sans résultat. Il recouvra tout à coup la faculté du langage; pendant près d'un an sa mémoire fut encore très affaiblie (1).

Observation XL. — Le professeur Gruner, d'Iéna, rapporte l'histoire d'un savant de ses amis dont la puissance d'articulation était affectée d'une singulière manière. Dans la convalescence d'une fièvre grave, une des premières choses qu'il désirait était du café, mais, au lieu de prononcer en allemand les deux *ff* (kaffée) il mettait à leur place un *tz*, ce qui faisait en allemand *katze* (chat). Dans tous les mots où existait la lettre F, il commettait la même erreur et y substituait un Z (2).

Observation XLI. — Le Dr Beddoes connaissait un monsieur qui, *avant une attaque d'épilepsie*, déplaçait les mots d'une singulière façon. Il faisait constamment des fautes de ce genre dans ses lettres, et lorsqu'il parlait, il avait l'habitude de substituer un mot à un autre, ayant cependant quelque ressemblance avec lui pour le sens ou pour le son (3).

Observation XLII. — Un monsieur, occupé de commerce, et dont l'esprit avait été pendant plusieurs semaines fortement tendu par des affaires urgentes et inquiétantes, fut observé un jour, pendant qu'il était dans son comptoir, *déplaçant singulièrement les mots*. Il put néanmoins continuer ses affaires pendant plusieurs jours ; mais, trois jours après, il se plaignit d'une grande faiblesse, et, un matin, pendant qu'il se rasait, il fut pris d'un accès de vomissement. Deux heures après, il était dans un état de coma profond. Il parvint cependant à se rétablir de cet état cérébral si grave (4).

(1) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 407.
(2) Id., *ibid.*, p. 508.
(3) Id., *ibid.*, p. 511.
(4) Id., *ibid.*, p. 511.

Observation XLIII. — Un ecclésiastique, un jour en prêchant, éprouva une grande difficulté *à ne pas employer un mot à la place d'un autre*, mais cependant il put parvenir, par un grand effort de volonté, à vaincre cette difficulté. Il devint ensuite accidentellement paralysé.

Observation XLIV. — Un malade, quelques heures avant une attaque d'apoplexie, appelait ses enfants d'une manière erronée, donnant à l'un le nom de l'autre et confondant les sexes, appelant, par exemple, Sarah John, et appelant Emma Thomas, et *vice versa*.

Ce déplacement des noms a été observé, dans beaucoup de cas, comme symptôme du début de maladies aiguës du cerveau (1).

Les altérations du langage présentent fréquemment des phénomènes très curieux et très difficiles à expliquer.

Observation XLV. — Une femme, atteinte de ramollissement chronique du cerveau, ne pouvait pas parler sans ajouter, après avoir prononcé trois ou quatre mots, cette phrase : *Par le commandement.* Cette femme présenta ce même phénomène pendant plusieurs années. Les seuls symptômes qui révélaient l'existence d'une lésion organique du cerveau étaient l'hébétude de la physionomie et l'état de torpeur de son intelligence.

Observation XLVI. — Une femme, âgée de soixante-huit ans, ne pouvait proférer qu'un son sans aucun sens et toujours le même, qui formait le mot *simona* ou *chimona*. Elle entendait et comprenait parfaitement bien, et répondait à chacun par ce simple mot, en variant simplement ses intonations de voix conformément à l'idée qu'elle voulait exprimer. Le bras droit était raide et fléchi, privé de mouvement et douloureux dans les articulations ; la sensibilité avait complètement disparu dans cette partie.

Observation XLVII. — Il y avait, à l'infirmerie de la Salpêtrière, une femme de quarante ans, tout à fait hémiplégique, et qui ne pouvait dire que ! Madame été... Mon Dieu !... Est-il possible ?... Bonjour, madame...

(1) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 512.

Son intelligence était parfaitement conservée; elle riait en entendant ce qu'on disait et se mettait à crier lorsqu'elle voulait témoigner ses remerciements pour les soins qu'on lui donnait. *Elle prononçait parfaitement le petit nombre de mots qu'elle pouvait dire et elle les répétait incessamment*, mais il lui était absolument impossible d'en prononcer d'autres (1).

Observation XLVIII. — Un monsieur, après plusieurs avertissements prémonitoires qui passèrent inaperçus, fut atteint d'une attaque qui tenait le milieu entre l'épilepsie et l'apoplexie. Pendant deux jours sa vie fut en danger. Il revint à lui cependant partiellement, mais avec une inaptitude à exprimer clairement ses volontés. Il pouvait parler, mais ce qu'il disait, sans une clef pour l'interpréter, était incompréhensible. *Il était capable de prononcer des mots avec une grande netteté, mais ils étaient singulièrement déplacés et transposés.* On écrivait ce qu'il disait, et les mots étaient alors remis dans leur ordre véritable. De cette façon, sa famille arrivait à comprendre exactement ses désirs. Cet état du cerveau et de gêne dans la parole continua avec de légères intermittences pendant quinze jours, accompagné de douleurs aiguës dans la région occipitale. D'après ces symptômes de congestion, il fut saigné, et cette soustraction du sang fut suivie d'une amélioration notable dans les symptômes. Des purgatifs mercuriaux furent donnés, la tête rasée, et des révulsifs appliqués derrière les oreilles. Cinq jours après l'application des ventouses, il était en état de causer d'une manière suivie pendant quelques minutes ; mais s'il continuait la conversation au delà de ce temps, il recommençait à divaguer et à déplacer les mots. De petites doses de bichlorure de mercure furent alors employées, combinées avec la teinture de quinquina, et avec succès. Ce monsieur, après quelques mois, fut complètement dégagé de tout symptôme de maladie du cerveau (2).

Après avoir relaté un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs français et étrangers, et les avoir classées en trois

(1) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*; Paris, 1843. — Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, etc., p. 512 et 513.
(2) Forbes Winslow, *Obscure Diseases*, p. 521.

catégories, destinées à en faciliter l'étude, il nous resterait maintenant à tirer du simple rapprochement de ces faits quelques conséquences utiles pour la pathologie des affections cérébrales et pour la physiologie du cerveau. Mais, avant de nous livrer à ce travail de comparaison entre les divers faits précédemment rapportés, pour saisir leurs analogies et leurs différences, et les résumer avec précision, un élément principal manque encore à notre appréciation ; nous voulons parler des faits publiés en France par Broca (1) et Trousseau (2). En effet, les deux observations recueillies avec tant de soin par Broca à l'hospice de Bicêtre (suivies de l'autopsie, qui a démontré dans les deux cas l'existence d'une lésion anatomique identique de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale), ont été le véritable point de départ de toutes les recherches entreprises sur ce sujet intéressant, et les faits rapportés par Trousseau ont mieux fait comprendre l'étendue et la complexité d'une question qui pouvait paraître, au premier abord, très restreinte et nettement circonscrite.

Dans les considérations générales que nous avons l'intention de présenter, nous serions obligés, à chaque instant, de faire allusion à ces faits, qui sont l'un des principaux éléments de la discussion. Nous avons donc jugé indispensable de les publier ici d'une manière abrégée, complète, avant d'aborder l'examen de la question elle-même.

Citons d'abord la première observation de Broca. Elle est doublement intéressante, et par ses détails mêmes et par le compte rendu de l'autopsie, qui a permis de découvrir dans le cerveau une lésion en rapport avec les symptômes constatés pendant la vie.

IV. *Faits de Broca.*

Observation XLIV. — Le 11 avril 1861, on transporta à l'infirmerie générale de Bicêtre (service de chirurgie), le nommé Leborgne, cinquante et un ans, atteint d'un phlegmon diffus gangréneux de tout le

(1) Broca, *Mémoire* lu à la Société anatomique.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7e édition ; Paris, 1885.

membre inférieur droit depuis le cou-de-pied jusqu'à la fesse. Aux questions que Broca lui adressa le lendemain sur l'origine de son mal, il ne répondit que par le monosyllabe *Tan*, répété deux fois de suite et accompagné d'un geste de la main gauche. Ayant pris des renseignements sur les antécédents de cet homme, Broca apprit qu'il était à Bicêtre depuis vingt et un ans. On interrogea tour à tour ses surveillants, ses camarades de division et ceux de ses parents qui vinrent le voir, et voici quel fut le résultat de cette enquête : Il était sujet, depuis sa jeunesse, à des attaques d'épilepsie ; mais il avait pu cependant prendre l'état de formier, qu'il exerça jusqu'à l'âge de trente ans. A cette époque, il perdit l'usage de la parole, et ce fut pour ce motif qu'il fut admis comme infirme à l'hospice de Bicêtre. On n'a pu savoir si la perte de la parole était survenue lentement ou rapidement, ni si quelque autre symptôme avait accompagné le début de cette affection.

Lorsqu'il arriva à Bicêtre, il y avait déjà deux ou trois mois qu'il ne parlait plus. Il était alors parfaitement valide et intelligent, *et ne différait d'un homme sain que par la perte du langage articulé ;* il allait et venait dans l'hospice, où il était connu sous le nom de *Tan; il comprenait tout ce qu'on lui disait;* il avait même l'oreille très fine; mais, quelle que fût la question qu'on lui adressât, il répondait toujours *tan*, *tan*, en y joignant des gestes très variés, au moyen desquels il réussissait à exprimer la plupart de ses idées. Lorsque ses interlocuteurs ne comprenaient pas sa mimique, il se mettait aisément en colère, et ajoutait alors à son vocabulaire un gros juron, un seul et le même indiqué à propos d'un malade observé par M. Auburtin. *Tan* passait pour égoïste, vindicatif, méchant, et ses camarades, qui le détestaient, l'accusaient même d'être voleur, défauts qui pouvaient être dus à la lésion cérébrale, mais qui cependant n'étaient pas assez prononcés pour qu'on ait songé à le faire passer dans la division des aliénés.

Il y avait déjà dix ans qu'il avait perdu la parole lorsqu'un nouveau symptôme se manifesta : les muscles du bras droit s'affaiblirent graduellement et finirent par être entièrement paralysés. *Tan* continuait à marcher sans difficulté, mais la paralysie du mouvement gagna peu à peu le membre inférieur droit, et, après avoir traîné la jambe pendant quelque temps, le malade dut se résigner à garder

constamment le lit. Il s'était écoulé environ quatre ans depuis le début de la paralysie du bras jusqu'au moment où celle du membre abdominal avait été assez avancée pour rendre la station tout à fait impossible. Il y avait donc à peu près sept ans que *Tan* était alité lorsqu'il fut conduit à l'infirmerie. Cette dernière période de sa vie est celle sur laquelle on a eu le moins de renseignements. Comme il était devenu incapable de nuire, ses camarades ne s'occupaient plus de lui, si ce n'est pour s'amuser quelquefois à ses dépens (ce qui lui donnait de vifs accès de colère), et il avait perdu la petite célébrité que la singularité de sa maladie lui avait donnée autrefois dans l'hospice. On s'était aperçu que sa vue baissait notablement depuis environ deux ans ; c'était la seule aggravation qu'on eût notée depuis qu'il gardait le lit. Du reste, il n'avait jamais été gâteux ; on ne changeait ses draps qu'une fois par semaine, de telle sorte que le phlegmon diffus pour lequel il fut transporté à l'infirmerie, le 11 avril 1861, ne fut reconnu par les infirmiers que lorsqu'il eut fait des progrès considérables et envahi la totalité du membre abdominal droit depuis le pied jusqu'à la fesse.

État actuel. L'étude de ce malade qui ne pouvait parler et qui, paralysé de la main droite, ne pouvait écrire, offrait quelque difficulté. Il était d'ailleurs dans un état général tellement grave qu'il y aurait eu cruauté à le tourmenter par de trop longues investigations.

La sensibilité générale était partout conservée, quoique inégalement. La moitié droite du corps était moins sensible que l'autre, ce qui avait contribué sans doute à atténuer la douleur du phlegmon diffus. Le malade n'en souffrait pas beaucoup, lorsqu'on n'y touchait pas, mais la palpation était douloureuse et des incisions provoquèrent de l'agitation et des cris.

Les deux membres droits étaient complètement paralysés du mouvement ; les deux autres obéissaient à la volonté, et, quoique affaiblis, pouvaient sans hésitation exécuter tous les mouvements. L'émission des urines et des matières fécales était naturelle, mais la déglutition se faisait avec quelque difficulté ; la mastication, au contraire, se faisait très bien. Le visage n'était pas dévié ; toutefois, dans l'action de souffler, la joue gauche paraissait un peu plus gonflée que la droite, ce qui indiquait que les muscles de ce côté de la face étaient un peu affaiblis. Il n'y avait aucune tendance au stra-

bisme. La langue était parfaitement libre; elle n'était nullement déviée ; le malade pouvait la mouvoir en tous sens et la tirer hors de la bouche.

Les deux moitiés de cet organe étaient d'une égale épaisseur. La difficulté de la déglutition que je viens de signaler était due à la paralysie commençante du pharynx et non à la paralysie de la langue; car c'était seulement le troisième temps de la déglutition qui était laborieux.

Les muscles du larynx ne paraissaient nullement altérés ; le timbre de la voix était naturel et les sons que le malade rendait pour prononcer son monosyllabe étaient parfaitement purs.

L'ouïe avait gardé sa finesse ; Tan entendait bien le bruit de la montre ; mais sa vue était affaiblie ; quand il voulait regarder l'heure, il était obligé de prendre la montre lui-même avec sa main gauche et de la placer dans une position particulière, à 20 centimètres environ de l'œil droit qui paraissait meilleur que le gauche. L'état de l'intelligence n'a pu être exactement déterminé. Il est certain que Tan comprenait presque tout ce qu'on lui disait, mais ne pouvant manifester ses idées ou ses désirs que par les mouvements de sa main gauche, notre moribond ne pouvait pas se faire comprendre aussi bien qu'il comprenait les autres. Les réponses numériques étaient celles qu'il faisait le mieux, en ouvrant ou fermant les doigts. Je lui demandai plusieurs fois depuis combien de temps il était malade ? Il répondit tantôt cinq jours, tantôt six jours. Depuis combien de temps il était à Bicêtre ? Il ouvrit la main quatre fois de suite et fit l'appoint avec un seul doigt ; cela faisait vingt et un ans et l'on a vu plus haut que ce renseignement était parfaitement exact. Le lendemain je répétai la même question et j'obtins la même réponse. Mais, lorsque je voulus y revenir une troisième fois, Tan comprit que je lui faisais faire un exercice ; il se mit en colère et articula le juron déjà nommé que je n'ai entendu de sa bouche qu'une seule fois. Je lui présentai ma montre deux jours de suite; l'aiguille des secondes ne marchait pas ; il ne pouvait par conséquent distinguer les trois aiguilles qu'à leur forme ou à leur longueur ; néanmoins, après avoir examiné la montre pendant quelques instants, il put chaque fois indiquer l'heure avec exactitude. Il est donc incontestable que cet homme était intelligent, qu'il pouvait réfléchir, et qu'il

avait conservé, dans une certaine mesure, la mémoire des choses anciennes. Il pouvait même comprendre des idées assez compliquées; ainsi, je lui demandai dans quel ordre ses paralysies s'étaient succédé ; il fit d'abord avec l'index de la main gauche un petit geste horizontal qui voulait dire : compris ! puis il me montra successivement sa langue, son bras droit et sa jambe droite. Cela était parfaitement exact, à cela près qu'il attribuait la perte de parole à la paralysie de la langue, ce qui était bien naturel.

Pourtant, diverses questions auxquelles un homme d'une intelligence ordinaire aurait trouvé le moyen de répondre par le geste, même avec une seule main, sont restées sans réponse. D'autres fois, on n'a pu saisir le sens de certaines réponses, ce qui paraissait impatienter beaucoup le malade ; d'autres fois, enfin, la réponse était claire, mais fausse ; ainsi, quoiqu'il n'eût pas d'enfants, il prétendait en avoir. Il n'est donc pas douteux que l'intelligence de cet homme avait subi une atteinte profonde, soit sous l'influence de son affection cérébrale, soit sous l'influence de la fièvre qui le dévorait ; mais il était évidemment bien plus intelligent qu'il ne faut l'être pour parler.

Il résultait des renseignements obtenus et de l'état présent du malade qu'il devait exister une lésion cérébrale progressive qui, d'abord circonscrite au lobe antérieur gauche, avait dû s'étendre progressivement au corps strié du même côté et cette lésion paraissait être un ramollissement chronique à marche très lente. Le malade mourut le 17 avril.

Autopsie. L'auteur de l'observation entre dans de nombreux détails relativement à cette autopsie. Nous ne pouvons les reproduire ici et nous devons nous borner à les résumer.

Le crâne, ouvert avec soin, présente les sutures soudées et l'épaisseur des os un peu accrue. La face externe de la dure-mère est rouge et très vasculaire. Cette membrane est très épaisse et tapissée intérieurement d'une couche pseudo-membraneuse infiltrée de sérosité et d'apparence lardacée. La dure-mère et la fausse membrane réunies ont une épaisseur moyenne de 5 millimètres, d'où il résulte que l'encéphale a dû perdre une notable partie de son volume primitif.

La pie-mère est très injectée en certains points, épaissie partout

et par plaques, opaque, infiltrée d'une matière plastique jaunâtre qui a la couleur du pus, mais qui est solide et qui, examinée au microscope, ne renferme pas de globules purulents.

Sur la partie latérale de l'hémisphère gauche, au niveau de la scissure de Sylvius, la pie-mère est soulevée par une collection de sérosité transparente qui se loge dans une large et profonde dépression de la substance cérébrale. Ce liquide étant évacué par une ponction, la pie-mère s'affaisse, se déprime profondément, et il en résulte une cavité allongée d'une capacité équivalente au volume d'un œuf de poule, correspondant la scissure de Sylvius et séparant par conséquent le lobe frontal du lobe temporal. Elle se prolonge en arrière jusqu'au niveau du sillon de Rolando qui sépare, comme on sait, les circonvolutions antérieures ou frontales des circonvolutions pariétales. La lésion est donc située tout entière en avant de ce sillon et le lobe pariétal est sain, au moins d'une manière relative, car aucune partie des hémisphères n'est dans un état d'intégrité absolue.

En incisant la pie-mère au niveau de cette cavité, on reconnaît au premier coup d'œil que celle-ci correspond, non à une dépression mais à une perte de substance de la masse cérébrale. Le liquide qui la remplissait y a été exhalé consécutivement pour remplir le vide à mesure qu'il se formait, comme cela a lieu dans le ramollissement chronique des couches superficielles du cerveau et du cervelet.

L'étude des circonvolutions qui limitent la cavité montre effectivement qu'elles sont le siège d'un de ces ramollissements chroniques dont la marche est assez lente pour que les molécules cérébrales, dissociées en quelque sorte une à une, puissent se résorber et être remplacée par une exhalation de sérosité. Une partie notable de l'hémisphère gauche a été ainsi détruite graduellement ; mais le ramollissement s'étend bien au delà des limites de la cavité ; celle-ci n'est nullement circonscrite et ne peut être comparée à un kyste. Les parois, presque partout irrégulières, anfractueuses, sont constituées par la substance cérébrale elle-même, qui est entièrement ramollie à ce niveau et dont la couche la plus interne, en contact direct avec la sérosité exhalée, était en voie de dissolution lente et graduelle, lorsque le malade a succombé. Seule la paroi inférieure est lisse et offre une consistance assez ferme. Cette cavité, étant située au niveau de la scissure de Sylvius, est comprise entre le lobe fron-

tal et le lobe temporo-sphénoïdal. En résumé, par conséquent, les organes détruits sont les suivants : la petite circonvolution marginale inférieure (lobe temporo-sphénoïdal) ; les petites circonvolutions du lobe de l'insula et la partie subjacente du corps strié ; enfin, sur le lobe frontal, la partie inférieure de la circonvolution transversale et la moitié postérieure des deux grandes circonvolutions désignées sous les noms de *deuxième* et *troisième* circonvolutions frontales. Des quatre circonvolutions qui forment l'étage supérieur du lobe frontal, une seule, la première et la plus interne, a conservé, non son intégrité, car elle est ramollie et atrophiée, mais sa continuité ; et si l'on rétablit par la pensée toutes les parties qui ont disparu, on trouve que les trois quarts au moins de la cavité ont été creusés aux dépens du lobe frontal.

Il s'agit maintenant de déterminer le point où la lésion a dû débuter. Or, l'examen de la cavité laissée par la perte de substance montre tout d'abord que le centre du foyer correspond au lobe frontal. Par conséquent, si le ramollissement s'était propagé uniformément en tous sens, ce serait bien ce lobe qui serait le point de départ du mal. Mais ce n'est pas seulement l'étude de la cavité qui doit nous guider ; nous devons tenir compte aussi de l'état des parties qui l'entourent. Ces parties sont très inégalement ramollies ; elles le sont surtout dans une étendue très variable. Ainsi, la seconde circonvolution temporale, qui limite inférieurement le foyer présente une surface lisse et une consistance assez ferme ; elle est ramollie sans doute, mais pas beaucoup et seulement dans sa couche superficielle.

Du côté opposé, sur le lobe frontal, le ramollissement est au contraire presque diffluent au voisinage du foyer ; à mesure qu'on s'en éloigne, la substance cérébrale se raffermit graduellement, mais le ramollissement s'étend en réalité jusqu'à une distance considérable et atteint presque tout le lobe frontal. C'est donc surtout dans ce lobe que le ramollissement s'est propagé, et il est à peu près certain que les autres parties n'ont été envahies que consécutivement.

Si l'on cherche à préciser davantage, on remarque que la troisième circonvolution frontale est celle qui présente la perte de la substance la plus étendue ; qu'elle est non seulement coupée en travers au niveau de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius, mais encore entièrement détruite dans toute sa moitié postérieure ; qu'elle a subi

à elle seule une perte de substance égale à la moitié environ de la perte de substance totale ; que la seconde circonvolution, ou circonvolution moyenne, quoique très profondément entamée, conserve encore sa continuité à sa partie la plus interne, et que, par conséquent, selon toutes probabilités, c'est dans la troisième circonvolution frontale que le mal a débuté.

Les autres parties des hémisphères étaient relativement saines ; elles étaient, il est vrai, un peu moins fermes que d'habitude et on peut dire que toutes les parties extérieures de l'encéphale avaient subi une atrophie notable, mais elles avaient conservé leur forme, leur continuité et leur aspect normal.

Les parties profondes du cerveau n'ont pas été étudiées afin de pouvoir conserver la pièce ; pourtant, à travers l'ouverture qui faisait communiquer avec l'extérieur la partie antérieure du ventricule latéral gauche, on a pu examiner la surface interne de ce ventricule et voir que le corps strié était plus ou moins ramolli, tandis que la couche optique était à l'état normal, sous le rapport de la couleur, du volume et de la consistance.

L'encéphale tout entier, *pesé avec la pie-mère*, après l'évacuation du liquide qui remplissait le foyer, ne dépassait pas le poids de 987 grammes, c'est-à-dire 400 grammes de moins que le poids moyen du cerveau chez les hommes de cinquante ans.

Cette perte de poids considérable portait presque entièrement sur les hémisphères cérébraux. La destruction des organes qui entourent la scissure de Sylvius contribuait beaucoup, sans doute, à diminuer le poids du cerveau ; mais ayant fait, dans un cerveau sain, une déperdition de substance de même étendue, Broca a constaté que la masse enlevée ne pesait pas tout à fait 50 grammes. Il est donc très probable que, dans ce cas, les hémisphères cérébraux avaient subi, dans toute leur étendue, une atrophie assez notable, et cette probabilité se change en certitude, si l'on songe à l'épaisseur considérable des méninges et de la fausse membrane arachnoïdienne, épaisseur qui s'élevait dans certains points à 5 ou 6 millimètres.

Observation L. — Le nommé Lelong, quatre-vingt-quatre ans, ancien terrassier, fut porté à l'infirmerie de Bicêtre, le 27 octobre 1861, pour une fracture du col du fémur gauche.

Cet homme avait été admis à l'hospice, huit ans auparavant, pour cause de débilité sénile. Il n'avait alors aucune paralysie; il avait conservé tous ses sens, toute son intelligence; mais ses membres, affaiblis par l'âge, se refusaient au travail, et sa main, devenue tremblante, ne pouvait plus écrire; jamais d'ailleurs il n'avait pu écrire couramment.

Au mois d'avril 1860, il s'affaissa tout à coup sur lui-même. On le retint à temps pour l'empêcher de se blesser; mais il paraissait avoir perdu connaissance. Il fut transporté à l'infirmerie et traité pour une apoplexie cérébrale. Il fut sur pied en peu de jours.

Il n'avait jamais présenté la moindre apparence de paralysie des membres; mais sa fille, de qui je tiens ces renseignements, pensa qu'il avait la langue paralysée. Le fait est que, depuis le moment de son accident, *il avait perdu subitement et définitivement la faculté de parler*; sa démarche était un peu incertaine, mais il ne boitait pas; *son intelligence n'avait subi aucune atteinte appréciable;* il comprenait tout ce qu'on lui disait, et son court vocabulaire, accompagné d'une mimique expressive, lui permettait d'être compris à son tour par les personnes qui vivaient habituellement avec lui.

Cet état se maintient sans changement jusqu'au 27 octobre 1861. Ce jour-là, en montant au lit, il perdit l'équilibre et se fractura le col du fémur.

La paralysie de la langue, qu'on nous avait annoncée, n'existait pas. Cet organe était bien mobile; il n'était nullement dévié et offrait la même épaisseur à droite et à gauche. La déglutition se faisait bien; la vue et l'ouïe étaient conservées; les membres obéissaient à la volonté, à l'exception du membre fracturé qui la veille encore était aussi fort que son congénère. L'émission des urines et des matières fécales était régulière; enfin, la sensibilité générale persistait sans altération, et le malade souffrait beaucoup de sa fracture qui était compliquée d'une assez forte contusion.

Aux questions qu'on lui adressait, cet homme *ne répondait que par des signes, accompagnés d'une ou deux syllabes articulées brusquement avec un certain effort.* Ces syllabes avaient un sens; c'étaient des mots français, savoir: *oui*, *non*, *tois* (pour trois) et *toujours*. Il y avait un cinquième mot qu'il prononçait seulement

quand on lui demandait son nom : il répondait alors *Lelo* pour *Lelong*, qui était son véritable nom.

Les trois premiers mots de son vocabulaire correspondaient chacun à une idée déterminée. Pour affirmer ou approuver il disait *oui*. Pour exprimer l'idée opposée, il disait *non*. Le mot *trois* exprimait tous les nombres, toutes les idées numériques. Enfin, toutes les fois qu'aucun des trois mots précédents n'était applicable, Lelong se servait du mot *toujours* qui par conséquent n'avait aucun sens déterminé. Je lui demandai s'il savait écrire ? Il répondit *oui*. — S'il pouvait ? *Non*. « Essayez ! » Il essaya ; mais il ne put réussir à diriger la plume.

Les applications qu'il faisait du mot *trois* étaient assez curieuses. Ce mot était toujours accompagné d'un signe fait avec les doigts, parce que notre malade, sachant que sa langue trahissait sa pensée, rectifiait ainsi par le geste cette erreur involontaire. L'auteur cite ici plusieurs exemples des réponses faites par le malade à l'aide du nombre trois, et des moyens employés pour arriver à comprendre ce qu'il voulait dire par ce mot unique expliqué avec les doigts. Avez-vous des enfants ? *Trois* ; et il levait quatre doigts. Combien de garçons ? *Trois*, et il levait deux doigts. Combien de filles ? Et il levait encore deux doigts. Quelle heure est-il ? *Trois*, et il levait dix doigts (il était dix heures).

Il avait en outre des gestes très expressifs, qui lui permettaient de faire comprendre sa pensée à l'aide du petit nombre de mots qui étaient à sa disposition.

En résumé, il résultait de l'observation attentive de ce malade : 1° qu'il comprenait tout ce qu'on lui disait ; 2° qu'il appliquait avec discernement les quatre mots de son vocabulaire ; 3° qu'il était sain d'esprit ; 4° qu'il connaissait la numération écrite, et au moins la valeur des deux premiers ordres d'unité ; 5° qu'il n'avait perdu ni la faculté générale du langage, ni la motilité volontaire des muscles de la phonation et de l'articulation, et qu'il n'avait perdu par conséquent que la faculté du langage articulé.

Ce malade s'affaiblit rapidement, et mourut le 8 novembre 1861, douze jours seulement après sa chute.

Autopsie. Les viscères thoraciques et abdominaux ne présentaient rien de remarquable. Négligeant la fracture du col du fémur, je ne parlerai que du cerveau.

Toutes les sutures sont ossifiées. Les parois du crâne sont un peu épaissies, mais pas plus dures que d'habitude. Les os sont sains, ainsi que la dure-mère qui n'est pas épaissie. Il y a dans la cavité de l'arachnoïde une assez grande quantité de sérosité ; la pie-mère n'est ni épaissie ni congestionnée.

L'encéphale entier pèse avec ses membranes, au sortir du crâne, 1136 grammes, chiffre inférieur à la moyenne, et à peine égal au poids minimum de l'encéphale des individus adultes du sexe masculin et sains d'esprit. Mais on sait que chez les vieillards le poids moyen de l'encéphale diminue d'une manière notable. On verra en outre que l'un des hémisphères avait subi une atrophie assez prononcée. Ces deux causes réunies ont contribué à la diminution du poids de l'encéphale chez ce malade.

Le cerveau placé sur une table, on aperçoit au premier coup d'œil une lésion superficielle qui occupe le lobe frontal gauche, immédiatement au-dessous de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius. A ce niveau, la surface de l'hémisphère est sensiblement affaissée ; et la pie-mère déprimée laisse apercevoir par transparence une collection de sérosité qui occupe en surface une étendue à peu près égale à celle d'une pièce d'un franc. Cette lésion est incomparablement plus circonscrite que celle qui existait sur le cerveau du précédent malade ; mais en comparant les deux pièces, on constate que le centre de la lésion est *identiquement le même* dans les deux cas.

Avant d'enlever la pie-mère, je sépare le cervelet, la protubérance et le bulbe, qui pèsent ensemble 112 grammes; puis je divise sur la ligne médiane le cerveau proprement dit, et je pèse séparément les deux hémisphères. Le droit pèse 514 grammes ; le gauche ne pèse que 480 grammes. Ce dernier, qui est le siège du mal, est donc inférieur de 34 grammes à l'hémisphère sain. La pesée comparative est répétée après l'ablation de la pie-mère et l'écoulement de la sérosité des ventricules latéraux. L'hémisphère droit pèse alors 487 grammes, le gauche 455 ; différence 32 grammes au lieu de 34. Cela indique que le foyer du lobe frontal gauche renfermait environ 2 grammes de sérosité.

On voit que l'hémisphère gauche a subi une diminution de poids bien plus considérable qu'on n'aurait pu s'y attendre d'après le peu d'étendue de la lésion du lobe frontal. Malgré cela, la consistance de

la substance cérébrale est exactement la même des deux côtés ; elle est très ferme et supérieure même à celle que présente ordinairement le cerveau des vieillards. La surface des circonvolutions offre, à droite et à gauche, la couleur la plus normale ; on n'a eu aucune difficulté à enlever la pie-mère. L'hémisphère droit est parfaitement sain dans toutes ses parties, ainsi que le cervelet, le bulbe et la protubérance. Il n'y a de lésions appréciables que dans l'hémisphère gauche.

Dans cet hémisphère, la couche optique, la voûte, le corps calleux, le ténia, le corps strié, les lobes occipital et pariétal, le lobe de l'insula et les circonvolutions orbitaires qui forment l'étage inférieur du lobe frontal, sont à l'état normal ; il m'a paru toutefois qu'à l'union de l'extrémité antérieure du noyau ventriculaire du corps strié avec la substance médullaire du lobe frontal, la consistance du tissu cérébral était légèrement diminuée ; mais cette lésion, si c'en est une, est tout à fait indépendante de la lésion principale, dont elle est séparée par une épaisseur considérable de tissu sain.

La collection de sérosité située sous la pie-mère, et dont le siège a été indiqué plus haut, occupait une cavité creusée dans la substance des circonvolutions. A ce niveau, la troisième circonvolution frontale, qui longe le bord supérieur de la scissure de Sylvius, est complètement coupée en travers et a subi dans toute son épaisseur une perte de substance dont l'étendue paraît être d'environ 15 millimètres. La cavité est donc continue en dehors avec la scissure de Sylvius, au niveau du lobe de l'insula. En dedans, elle empiète sur la seconde circonvolution frontale, qui est très profondément échancrée, mais dont la couche la plus interne est respectée dans une épaisseur de 2 millimètres. C'est cette mince languette qui maintient seule la continuité de la deuxième circonvolution frontale. La première est parfaitement saine. La circonvolution frontale transversale ou postérieure, qui limite en avant le sillon de Rolando, est saine également ; enfin, les deux circonvolutions malades, dans leurs deux tiers antérieurs, présentent une intégrité complète. On peut donc affirmer que chez ce malade l'aphémie a été le résultat d'une lésion profonde, mais très nettement circonscrite, de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale, dans une partie de leur tiers postérieur.

Il est certain que cette lésion n'est pas un ramollissement ; le tissu cérébral est si loin d'être ramolli sur les parois du foyer que la mince languette qui maintient la continuité de la circonvolution frontale a conservé sa solidité ; cela paraît même indiquer que le tissu cérébral, au voisinage immédiat du foyer, est plus résistant qu'à l'état normal. D'un autre côté, sur les parois du foyer, on aperçoit quelques petites taches d'un jaune orangé qui paraissent d'origine hématique, et l'examen microscopique a montré qu'il y avait à ce niveau des cristaux d'hématine. Il s'agit donc d'un *ancien foyer apoplectique*, et l'on n'a pas oublié que ce malade avait perdu la parole subitement, dans une attaque d'apoplexie, dix-huit mois avant sa mort.

Après avoir relaté les deux faits intéressants qui précèdent, et qui sont empruntés au mémoire de Broca, il nous reste maintenant, pour terminer la partie clinique de ce travail, à analyser les observations citées par le professeur Trousseau (1). La relation de ces faits nous fournira des documents précieux pour les réflexions générales qui feront l'objet de notre troisième article.

V. *Faits de Trousseau.*

Observation LI. — En 1853, Trousseau observa dans la salle Sainte-Agnès, à l'Hôtel-Dieu, un ouvrier qui, à la suite de libations copieuses, avait tout à coup perdu la faculté de parler. Il pouvait mouvoir la mâchoire, la langue et les lèvres avec la plus grande facilité. L'expression de ses yeux et de sa physionomie indiquait d'ailleurs qu'il conservait l'intégrité de son intelligence. Je lui demandai s'il savait écrire. Il me fit un signe affirmatif. Je lui fis apporter du papier et lui fis remettre une plume entre les mains, en le priant d'écrire son nom et son adresse ; il lui fut impossible d'écrire quoi que ce fût, et pourtant ses doigts jouissaient de toute leur mobilité. Je me plaçai au point de vue d'un trouble cérébral, et je lui prescrivis quelques purgatifs, des frictions stimulantes aux tempes et à la nuque. Au bout de dix à quinze jours, le malade

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*

commença à bredouiller, puis à parler de plus en plus clairement, et il sortit de l'hôpital, après un mois de traitement, complètement guéri. Il put alors nous raconter ce qui lui était arrivé, et il ajouta que pendant la courte maladie qu'il venait de faire, *non seulement il ne pouvait prononcer aucun mot, mais les mots eux-mêmes ne se présentaient pas à sa mémoire.*

Observation LII. — Un confrère éminent raconta à Trousseau le fait suivant : Etant à la campagne, il s'était donné une entorse qui l'obligea à garder le lit pendant quinze ou vingt jours. Pendant qu'il parcourait les *Entretiens* de Lamartine, il s'aperçut tout à coup qu'il ne comprenait plus bien le sens de ce qu'il lisait. Il relut le passage et ne comprit pas mieux la seconde fois que la première. Attribuant cela à la fatigue, il mit le livre de côté et se reposa. Un quart d'heure après, il reprit le livre, relut le passage et ne le comprit pas mieux encore. Etonné et inquiet, il jette le livre et sonne son valet de chambre ; celui-ci arrive ; il veut lui donner un ordre, mais il reste muet ; il s'épouvante alors, fait des efforts surhumains pour tâcher de s'exprimer, il ne le peut. Le domestique court chercher un médecin. Pendant ce temps, notre confrère s'explore en silence, il tourne sa langue dans tous les sens, il remue les bras, secoue les jambes et marche ; il se pince, et trouve partout sa sensibilité intacte. Il est clair pour lui qu'il n'a ni crampe ni paralysie. Il prend une plume et du papier, il veut écrire, et ne peut tracer ni un mot, ni même une syllabe. En attendant l'arrivée du médecin, il se demande quelle est la partie de son cerveau qui peut se trouver atteinte : « Ce n'est pas une hémorragie, disait-il, puisque j'ai conservé l'intégrité de mes mouvements ; ce n'est pas un ramollissement, puisque je n'éprouve ni crampe, ni contracture. » Le médecin arrive. Le malade, sans autre préambule, relève la manche de sa chemise, et fait signe avec l'autre main qu'il veut être saigné, ce qui fut fait. A mesure que le sang coulait, il se mit d'abord à dire un mot, puis un autre, et, six heures après, il ne conservait plus rien que le souvenir de ce qui s'était passé ; toutefois il se rappela à merveille la confusion de son esprit, confusion peu prononcée, mais qui cependant l'avait empêché de comprendre des choses que peu de temps auparavant, et aussitôt après, il compre-

nait très bien. Cet accident ne s'est plus reproduit depuis, et la santé de notre confrère s'est bien maintenue. Il convient d'ajouter que ce confrère est diabétique.

Observation LIII. — En janvier 1861, un riche négociant du Havre, atteint d'albuminurie, se mit à une table de whist dans une salle chaude et remplie de fumée de tabac. Il causait tout en fumant ; à un dernier rubber, il voulut faire une observation à son partner, mais il put proférer une seule parole ; il prit alors son chapeau et sa canne, et s'en alla chez lui, à 1 kilomètre de distance, marchant sans hésitation. Arrivé chez lui, il veut parler pour dire ce qu'il éprouve, et il ne le peut pas. On court chercher un médecin. Celui-ci arrive, mais le malade ne peut rien lui dire. (Application de sangsues à l'anus.) Une demi-heure après, le malade cherche encore à exprimer un désir : même impuissance. Il manifeste son impatience par des gestes furieux ; il indique par signes qu'il veut de nouvelles sangsues, et on les lui applique. Une demi-heure après, le malade commence à dire quelques mots, il balbutie, bredouille encore, mais s'exprime cependant de mieux en mieux à mesure que le sang coule. Au bout de trois heures, tout avait disparu. Ce malade n'avait eu aucune paralysie, mais seulement de l'aphasie.

Observation LIV. — En 1862 et 1863, Trousseau fut consulté par l'un des plus éminents jurisconsultes de France, qui a parfois de petits engourdissements au pied droit et dans la main du même côté. Il n'accuse point d'affaiblissement ; cependant, quand il marche, il penche un peu à droite et remarque quelquefois, comme une chose insolite, que sa jambe droite ne va pas bien. De temps en temps, il survient chez lui un phénomène très singulier : il commence une phrase, et tout à coup il s'arrête à la recherche du mot qui ne lui vient pas ; il dit, par exemple : « Donnez-moi mon... mon..., et, ne pouvant trouver le mot *chapeau*, il le remplace par un juron qui lui est familier ; il lui arrive de même de ne pas trouver le mot *parapluie* lorsqu'il veut le prononcer. Avec un léger affaiblissement d'un côté du corps, ce malade présente donc de temps en temps de singulières absences, des oublis bizarres dans la pa-

role, chose extraordinaire chez un homme qui, *en dehors de ces moments de trouble*, discute avec une admirable lucidité les questions les plus ardues.

Observation LV. — Une dame, belle-mère d'un ancien professeur de la Faculté, eut une attaque qui ressembla à de la paralysie, mais qui dura peu et ne laissa que des traces très légères. Mais, à partir de ce moment, elle oublia beaucoup de mots, et, la plupart du temps, ceux qu'elle avait retenus elle les appliquait mal. Ainsi, lorsqu'elle recevait quelqu'un, elle disait « chapeau, couteau, pantoufle, » pour dire de prendre un siège et faisait en même temps le geste d'invitation, comme si elle eût dit : « Monsieur, veuillez prendre la peine de vous asseoir ». Les personnes qui vivaient autour d'elle mettaient le plus grand empressement à interpréter ses mots sans suite et à saisir la signification de ses gestes et les inflexions de sa voix. Beaucoup de mots, de noms, s'étaient effacés de sa mémoire. Elle ne pouvait plus appeler sa femme de chambre que *totole*, lui demandait une chaise alors qu'elle voulait un mouchoir, et devenait furieuse lorsqu'on ne se rendait pas de suite au désir qu'elle avait exprimé.

En un mot, cette dame avait des lacunes immenses dans l'expression de sa pensée, surtout pour les substantifs, et, de plus, *elle ne comprenait pas le non-sens de ce qu'elle disait*, à l'inverse de plusieurs autres malades qui comprennent très bien que leur esprit est soumis à un trouble qui les épouvante.

Observation LVI. — En janvier 1862, il est entré, dans le service de Trousseau, une femme atteinte de syphilis, qui avait pris du mercure à haute dose et qui avait une forte stomatite. Un mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait éprouvé de fortes douleurs de tête et des convulsions légères dans la face et le bras droit. Elle avait aussi des vertiges, des étonnements ; elle fut prise même d'un accès épileptique tellement fort qu'elle se mordit la langue. Pendant cette attaque, elle put cependant se lever et aller prendre dans le tiroir de sa commode un mouchoir pour essuyer l'écume qui sortait de sa bouche. Elle avait donc des accès vertigineux, frappant surtout le côté droit, et ce côté était très affaibli quand elle entra à l'Hôtel-Dieu.

A la demande de son nom, elle a pu répondre qu'elle se nommait *Keller* : mais dès qu'on lui a demandé autre chose, elle n'a jamais pu répondre qu'en répétant ce même mot *Keller*. Nous lui avons fait donner une plume et nous lui avons dit d'écrire un mot; elle a écrit *Keller*. Nous lui avons alors dicté différents mots (cuiller, fourchette, etc., etc.), et chaque fois elle a écrit *Keller*. Comme cette femme avait une affection syphilitique, nous lui prescrivîmes de l'iodure de potassium et nous eûmes la satisfaction de voir l'intelligence et la mémoire revenir peu à peu, à mesure que la guérison faisait des progrès.

Quand elle fut complètement guérie, Trousseau voulut savoir d'elle-même comment elle avait apprécié l'état de son intelligence pendant sa maladie. Comme à cette époque elle lisait presque toute la journée, mais restait un temps infini à chaque page, Trousseau lui demanda si, dans cette occupation, elle voyait bien et comprenait ce qu'elle lisait, et elle répondit qu'elle lisait bien avec les yeux, mais qu'elle comprenait mal ce qu'elle lisait.

La parole et l'intelligence lui étaient donc revenues en même temps et graduellement. Depuis sa sortie, Trousseau a revu plusieurs fois cette femme qui a continué à se bien porter.

Voilà donc un exemple d'aphasie presque complète, avec symptômes de paralysie plus prononcés que dans les cas précédents et qui, sous la dépendance d'une affection syphilitique, guérit par l'iodure de potassium.

Observation LVII. — Au mois de septembre dernier, Trousseau reçut, dans son cabinet, un receveur de l'enregistrement accompagné de sa femme. Il lui raconta qu'en 1858 il avait ressenti tout à coup dans le bras gauche une violente secousse qu'il comparait à une commotion électrique, et que depuis ce temps ce membre était resté faible.

Deux jours après, à la suite d'un travail très assidu, qui l'avait occupé dans son cabinet pendant cinq heures consécutives, il se leva fort dispos pour monter à l'étage supérieur. En montant l'escalier, il s'aperçut que sa jambe droite était paresseuse. Il continua cependant, et, à peine arrivé au haut de l'escalier, au moment où il voulut ouvrir la porte, il sentit que son bras droit était très affaibli.

Effrayé, il appela sa femme et lui dit qu'il sentait la paralysie lui venir et qu'il fallait demander aussitôt un congé. On lui apporta du papier, une plume et de l'encre, et il voulut se mettre à écrire, mais il ne put tenir la plume. Alors il dicta, avec un peu d'hésitation dans la parole, une lettre de plusieurs pages, dans laquelle il exposait avec lucidité les motifs de sa demande de congé. Le soir même, il tombait tout à coup dans une complète paralysie du côté droit, et, à partir de ce moment, il ne put prononcer que *nazi-bouzi*.

Pendant huit ou dix jours ces deux mots furent les seuls qu'il put articuler, de même qu'un autre malade de l'Hôtel-Dieu dont Trousseau rapporte aussi l'observation, et qui ne pouvait dire que *couci-couci* (voir plus loin). A partir du dixième jour, la paralysie du côté droit diminua, puis elle céda peu à peu et ce malade ne conserva, chose singulière, que le spasme des écrivains, appelé par Duchenne, de Boulogne, *spasme fonctionnel*, ce qui l'obligea à tenir son coude droit attaché au tronc, afin qu'il ne pût tourner en pronation exagérée.

Cette observation, comme la précédente, est, dit Trousseau, un exemple d'aphasie avec paralysie plus ou moins complète, mais paralysie cependant transitoire et qui par conséquent n'était due qu'à des lésions probablement légères de l'encéphale.

Observation LVIII. — Un malade, placé au n° 20 de la salle Sainte-Agnès, à l'Hôtel-Dieu, est âgé de quarante ans. Il a été autrefois au séminaire et a pu arriver jusqu'aux ordres mineurs, ce qui indique qu'il a reçu une instruction assez avancée. Cependant, malgré cette culture intellectuelle, ce malade est sous ce rapport inférieur à un autre qui appartient à la classe des ouvriers sans instruction. Il s'est marié il y a quelques années et a eu une vie assez irrégulière. Une nuit, sa femme l'entendit tomber dans sa chambre, à deux reprises différentes, mais ne s'en inquiéta pas autrement, vu ses habitudes d'ivresse. Mais, le lendemain matin, elle s'aperçut qu'il la regardait avec des yeux hébétés, qu'il était paralysé du côté droit et qu'il ne pouvait plus parler. A partir de ce moment, cet homme n'a pu dire autre chose que *couci-couci si si*. Depuis un mois, on n'a pu obtenir de lui que l'éternel *couci-couci*. Cependant l'affaiblissement du côté droit a diminué. Il commence à se tenir

sur sa jambe droite et il remue son bras droit, mais il ne peut encore s'en servir pour écrire.

Avant de venir à l'Hôtel-Dieu, il avait eu dans un autre hôpital deux attaques éclamptiques, et, depuis son entrée, il en a éprouvé plusieurs autres.

Voici quelles sont ses manifestations intellectuelles. Quoi que nous lui disions, il répond invariablement par le mot *couci-couci*.

Nous avons essayé de l'habituer à répondre par oui et par non, mais c'est avec peine que nous parvenons à lui faire exécuter les mouvements de tête qui, dans toutes les langues, signifient oui et non. Il connaît certainement cette mimique naturelle, mais il est impuissant à l'exécuter d'une manière régulière. Sa main droite étant paralysée, il a appris à se servir de la main gauche. Nous lui disons d'écrire son nom et il trace en effet le mot *Paqué* qui est son nom véritable. Nous lui demandons d'écrire le mot cuiller et c'est encore le mot *Paqué* qui vient sous sa plume. La même chose arrive pour le mot fourchette. Nous lui disons qu'il est absurde. Il s'arrête étonné et confus, mais ne peut tracer sur le papier que des traits incompréhensibles. Cependant, lorsque nous lui avons demandé d'écrire le nom de sa femme, il a mis d'abord quelque temps à se le rappeler, mais, après avoir cherché, il a écrit *Julie*, qui est bien son véritable nom ; mais, quand on lui demanda ensuite d'écrire un autre mot, il continua d'écrire *Julie*, comme auparavant il écrivait *Paqué*.

Ayant appris qu'il connaissait le jeu de dames et de dominos, nous priâmes un de ses voisins de jouer aux dames avec lui, et non seulement il jouait bien et tendait des pièges à son adversaire, mais même on s'aperçut qu'il trichait au jeu ; on constata également qu'il jouait bien aux dominos.

Voilà donc un homme qui ne sait dire que son nom, qui ne sait pas ce que c'est qu'une cuiller, et qui exécute au jeu des calculs très multipliés.

Ce qui prouve pourtant le vague de ses idées, c'est que nous arrivons à lui faire indiquer par signes qu'une fourchette n'est pas autre chose qu'une tabatière, et qu'ayant cherché à l'exercer à la mimique, nous ne pouvons en obtenir de lui qu'une très insuffisante. Il ne peut donc exprimer convenablement sa pensée ni par la pa-

role, ni par l'écriture, ni par la mimique, et pourtant il joue d'une manière suivie à des jeux compliqués ; il nous a donné depuis lors une nouvelle preuve d'intelligence en faisant signe à son enfant qu'on lui avait apporté et qui avait gardé sa casquette sur sa tête, de la retirer devant nous.

Observation LIX. — Trousseau fut appelé, dans le courant du mois de mai 1861, pour voir, dans le département des Landes, un riche propriétaire, âgé de cinquante-huit ans, ayant reçu une excellente éducation, et qui était atteint d'aphasie. Parmi ses ascendants, quatre personnes avaient succombé à des accidents cérébraux. Lui-même avait été sujet toute sa vie à des migraines très violentes, qui survenaient deux ou trois fois par mois, et qui duraient de dix à quinze heures. En 1852, après une de ces migraines, il eut un trouble notable de la vue, qui disparut seulement au bout de six semaines. En 1855, étant un jour après dîner, appuyé sur le chambranle d'une cheminée, il ressentit un vertige, faillit tomber, parvint à se retenir; mais à la suite de ce court accident, il conserva un léger affaiblissement du côté droit. Trois ans plus tard, il éprouva un accident du même genre dans le côté droit, qui dura pendant trois ou quatre mois, plus longtemps que le premier. On l'envoya aux eaux de Dax, d'Ems et de Bourbonne-les-Bains. Sa santé se rétablit complètement, à l'exception de quelques attaques de goutte. En février 1860, après son dîner, en se levant pour recevoir le curé de l'endroit, il fut pris tout à coup d'une défaillance, et s'affaissa entre les bras du prêtre, qui s'était élancé pour le recevoir. Cette fois, il arriva jusqu'à la stupeur apoplectique la plus complète, dans laquelle il resta plongé pendant plusieurs jours. Il y avait une paralysie complète du côté droit. Au bout de quelques jours, la stupeur se dissipa. L'œil redevint intelligent, mais le malade ne répondit plus aux questions qu'on lui adressait que par le mot *oui*. Au bout de deux mois, la jambe avait repris quelque force; le bras droit réussissait à faire quelques mouvements, et le malade put s'établir sur un fauteuil. C'est à cette époque que Trousseau fut appelé à le visiter. Le malade vint au-devant de lui et le reçut d'une manière gracieuse.

Après les salutations d'usage, Trousseau demanda à ce monsieur

son âge, il répondit *oui :* comment il s'appelait, il répondit *oui :* êtes-vous souffrant ? *Oui ;* depuis quand êtes-vous malade ? *Oui.* Il ne put obtenir d'autre réponse, et chaque fois ce mot était accompagné d'un geste d'impatience. On se mit à table, et pendant tout le repas, ce malade donna plusieurs fois des signes évidents d'intelligence, et se montra gracieux amphytrion. Après le dîner, on fit apporter ce qu'il fallait pour écrire, et l'on demanda au malade de tracer le mot *oui.* Il n'y réussit pas. On prit un livre d'étrennes intitulé : *Histoire des deux Amériques*, titre écrit en grosses lettres, et on lui demanda de trouver dans ce titre les trois lettres nécessaires pour composer le mot *oui :* il mit deux ou trois minutes à trouver la première, et manifesta une grande joie quand il l'eut trouvée. Il mit plus longtemps encore à trouver la seconde, et exprima le même contentement. Enfin, il trouva plus rapidement la troisième, et se montra de plus en plus satisfait. On le pria alors d'écrire le mot *oui ;* il fit longtemps des efforts, et n'y réussissant pas, il se mit en colère, jeta le livre par terre, en prononçant incomplètement le juron f..... f....., qui lui était habituel.

Eh bien, cet homme, malgré cet affaiblissement intellectuel évident, conservait la possibilité de surveiller la gestion de ses propriétés et d'exprimer une opinion sur des affaires assez compliquées. De plus, il continuait à jouer aux cartes comme avant sa maladie. On lui demanda son âge, et il parvint à exprimer avec ses doigts le nombre 58, en indiquant que le pouce représentait une dizaine, ce qu'on avait eu d'abord quelque peine à comprendre.

Ce malade combine donc des coups de cartes, compte bien, et quoique aphasique, a encore des manifestations intellectuelles très nombreuses. Comme le malade précédent, il éprouve des accès épileptiformes, ce qui, d'après Trousseau, a été fréquemment noté dans les observations d'aphasie relatées dans divers journaux de médecine.

Observation LX. — Trousseau a encore observé un homme tout à fait aphasique et hémiplégique du côté droit. Les manifestations intellectuelles étaient chez lui encore plus limitées que chez ceux dont l'histoire a précédé. Il ne pouvait dire que : *Af., af.* Il avait fini par ne pouvoir plus que souffler : *Fe., fe.* Quoi qu'on lui

dise, il répondait : *Af.* C'était *af.* quand il avait faim, *af.* quand il demandait à boire. Il mourut, et l'on constata à son autopsie, en présence de M. Broca lui-même, la lésion anatomique de la troisième circonvolution cérébrale du côté gauche, que cet auteur a signalée dans son mémoire comme étant commune à tous les malades atteints d'aphasie.

Observation LXI. — Duchenne (de Boulogne) a raconté à Trousseau que pendant de longues années tout le monde avait connu, à Boulogne-sur-Mer, une dame qui avait toujours eu un caractère très acariâtre, et qui, un beau matin, se trouva sans voix. Les seuls mots qu'elle eût conservés étaient les plus énergiques de ses jurons habituels : *S. n. de D.* Quoi qu'elle voulût dire, fût-ce même une chose gracieuse, ce qui était rare, c'était toujours le même mot qu'elle prononçait. La ville entière ne la connaissait plus que sous le nom de M^me^ *S. n. de D.* Cette aphasie dura longtemps, mais la malade ne cessa pas un instant de gérer ses affaires et de conduire sa maison avec la même intelligence qu'autrefois.

Trousseau termine la série des observations qu'il a citées dans ses leçons par un fait très curieux d'amnésie qu'il a observé autrefois, et qu'il rapporte en abrégé.

Observation LXII. — Il s'agit, dit-il, d'une dame qui doit être actuellement très âgée, si elle existe encore, et qui avait alors vingt-six ans. Instruite et très spirituelle, elle eut, pendant un érysipèle du visage, un délire violent et des symptômes nerveux graves. La maladie entra en résolution, et, à la grande stupéfaction de sa famille, elle sortit de son délire avec l'impossibilité absolue de prononcer un seul mot. Elle avait complètement perdu la mémoire de tous les mots de la langue, et cet accident ne prit fin que d'une manière assez étrange. Lorsqu'on lui demandait : voulez-vous boire ? elle répondait : Voulez-vous boire ? Elle répétait ainsi toutes les questions qu'on lui adressait, et ce qu'on lui disait réveillait dans son esprit la mémoire du mot entendu. Alors, une de ses amies, femme très intelligente, se mit à lui rappeler, avec une extrême patience, les uns après les autres, les mots les plus usuels. La malade les retint à mesure, de sorte que bientôt elle eut tout un vocabulaire à

son service et put manifester sa pensée par quelques phrases. L'intelligence se réveilla ainsi de plus en plus, et, pour aider au travail de sa mémoire, elle demanda un gros cahier sur lequel, pendant près de six semaines, elle se mit à recueillir, avec une merveilleuse constance, non seulement les mots qu'elle entendait prononcer, mais encore tous ceux que sa mémoire évoquait. Elle recomposa ainsi successivement son intelligence et sa mémoire.

SECONDE PARTIE

Conséquences à tirer de ces faits pour la physiologie et la pathologie du cerveau.

Les faits nombreux de troubles du langage et de la mémoire des mots que nous avons rapportés nous permettent maintenant d'aborder l'examen de la question soulevée par les travaux dont nous venons de rendre compte.

Ces perversions si variées du langage et de la mémoire des mots doivent-elles constituer une maladie nouvelle, sous les noms d'*aphémie*, d'*alalie* ou d'*aphasie*, ou bien doivent-elles au contraire être considérées comme des symptômes d'affections cérébrales diverses et être rattachées à des catégories différentes ? Telle est la question principale que nous nous proposons d'examiner.

En parcourant les ouvrages publiés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours sur les maladies nerveuses, ainsi que les recueils de médecine si nombreux qui existent en France, en Angleterre et en Allemagne, surtout depuis le commencement de ce siècle, il est facile de découvrir un grand nombre d'observations isolées, recueillies avec plus ou moins d'étendue, qui se rapportent évidemment au sujet qui nous occupe. Leur réunion en un seul volume contribuerait même puissamment à la solution de la question délicate que nous venons de poser; elle serait d'un grand intérêt pour la science, malgré le caractère très incomplet de la plupart de ces observations et malgré l'absence de détails anatomiques résultant de l'autopsie, qui seuls cependant permettraient d'y puiser des documents utiles et complets. Mais ces observations, dispersées dans des ouvrages et dans des recueils tout à fait différents, paraissent avoir été considérées par

les auteurs qui les ont publiées comme ayant plutôt l'attrait de la singularité que celui de l'utilité scientifique, et ne sont devenues l'objet d'aucun travail d'ensemble ayant pour but de les réunir dans une description collective. Nous avons mentionné, dans notre première partie, quelques rares mémoires publiés sur ce sujet, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, par Gesner et Crichton, mais il faut arriver jusqu'à une époque très rapprochée de nous pour trouver quelque travail ayant pour objet l'étude de ce point si intéressant et pourtant si négligé de la pathologie cérébrale.

Bouillaud est le premier qui, après Crichton, ait fixé son attention sur ces perturbations de la parole et de la mémoire des mots comme signes des affections cérébrales. Dès 1825 (1), et depuis cette époque, dans de nombreux mémoires lus à l'Académie de médecine (2), ce savant professeur s'est occupé de cette question et a rapporté beaucoup d'observations de troubles de la parole consécutifs à des lésions traumatiques ou organiques de l'encéphale. Il est arrivé à cette conclusion que ces symptômes devaient être rattachés à une lésion constante des lobes antérieurs du cerveau, qu'il considère comme le siège d'une faculté spéciale, à laquelle il a réservé le nom de *pouvoir législateur de la parole* ou du *langage articulé*.

Ces travaux du professeur Bouillaud provoquèrent depuis trente ans de nombreuses recherches dans la même direction ; beaucoup d'observations furent recueillies par ses élèves et par ses adversaires, dans le but de confirmer ou d'infirmer l'opinion qu'il avait émise sur le siège de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau et sur l'altération de cette fonction sous l'influence des lésions de cette partie de l'encéphale. Malheureusement, ces observations, publiées en grand nombre, furent contradictoires, et le public médical, témoin de ces discordances entre les faits recueillis par des auteurs différents, ne put que rester hésitant et suspendre son jugement en attendant de nouvelles recherches.

Les choses en étaient à ce point, lorsqu'en 1861 surgit à la Société d'anthropologie une discussion entre Gratiolet, soutenant qu'on n'avait pu encore localiser le siège de la parole dans les lobes anté-

(1) Bouillaud, *Traité de l'encéphalite.*
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine.*

rieurs du cerveau, et M. Auburtin affirmant au contraire que cette localisation était définitivement démontrée par les travaux de Bouillaud et les faits rendus publics par lui et par ses élèves.

Broca, qui prit part aussi à cette discussion, émit des doutes sur la réalité de cette démonstration et déclara que, jusqu'à nouvel ordre, on devait encore regarder cette question comme n'étant résolue, ni en physiologie, ni en pathologie. Mais son attention ayant été dès lors appelée sur ce sujet, il eut bientôt l'occasion d'observer à l'hospice de Bicêtre les deux malades dont nous avons rapporté l'histoire détaillée (1), et ces deux observations, si curieuses et si concordantes sous le rapport de la lésion anatomique, amenèrent Broca à conclure (2) dans le même sens que Bouillaud, en ajoutant toutefois à son opinion un complément très important, qui lui permit de préciser plus exactement la nature des symptômes et le siège de la lésion anatomique.

Les deux faits observés par Broca offrent entre eux de nombreux points de contact et quelques différences secondaires. Nous n'avons pas à insister ici sur leurs point communs. Dans ces deux cas, le trouble de la parole et de la mémoire des mots était porté à un degré extrême, puisque ces malades n'avaient plus à leur disposition que quelques mots ou quelques syllabes qui leur servaient à exprimer toutes leurs idées. L'intelligence était sinon complètement intacte, du moins très notablement conservée. La langue, la bouche, les lèvres, en un mot tous les organes de la phonation se trouvaient dans un état d'intégrité parfaite, et pourtant, chez ces deux malades, la faculté du langage articulé était presque complètement supprimée. Tels sont les principaux caractères symptomatiques que Broca a constatés chez ces deux vieillards de l'hospice de Bicêtre, et qui lui ont servi de base pour créer la maladie nouvelle à laquelle il a proposé de donner le nom d'*aphémie* (de α privatif et φημὶ, je parle). Cette maladie, d'après Broca, consisterait donc essentiellement, au point de vue symptomatique, dans la perte complète ou incomplète de la faculté du langage articulé, avec conservation de l'intelligence et intégrité des organes de la phonation.

(1) Broca, Obs. 49 et obs. 50.
(2) Broca, *Mémoire*.

A ces caractères essentiels on pourrait encore ajouter que cette maladie est tantôt accompagnée de quelques symptômes de paralysie et surtout d'hémiplégie, tantôt au contraire exempte de tout phénomène paralytique.

Mais c'est surtout sous le rapport des lésions anatomiques que les deux observations recueillies par Broca lui ont permis d'arriver à des résultats curieux et importants. Chez ces deux malades, en effet, Broca a pu vérifier la vérité de l'opinion professée par Bouillaud sur le siège de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau; il a pu en outre déterminer le siège de cette lésion d'une manière plus précise encore, en la localisant dans la deuxième et surtout dans la troisième circonvolution frontale du lobe antérieur de l'hémisphère gauche. Tel est le résultat curieux et inattendu auquel Broca est arrivé par l'analyse délicate et la comparaison habile des lésions cérébrales découvertes dans le cerveau des deux malades dont il a publié l'observation.

En résumé, Broca, au lieu de se borner, comme le professeur Bouillaud, à localiser le siège de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau, a précisé d'une manière plus rigoureuse cette localisation anatomique, en faisant résider cette faculté dans une portion très limitée de ces lobes antérieurs. De plus il y a ajouté ce fait singulier, qui paraît en contradiction avec la symétrie parfaite observée entre les deux moitiés latérales de l'encéphale, que les lésions déterminant la perte du langage articulé siégeaient exclusivement dans le lobe antérieur du côté gauche et non dans celui du côté droit. Eh bien, chose bizarre, cette conclusion si imprévue, à laquelle Broca est arrivé en se basant sur les deux faits observés par lui à l'hospice de Bicêtre, avait déjà été indiquée, en 1836, par le Dr Marc Dax, de Sommières (Gard), dans un mémoire présenté au congrès de Montpellier et intitulé : *Lésions de la moitié gauche de l'encéphale coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée* (1).

Mais, malgré ce travail antérieur, dont il ignorait certainement l'existence, il reste toujours à Broca le mérite d'avoir le premier précisé le siège exact de la faculté du langage dans un point nette-

(1) Dax, *Bull. de l'Acad. de méd.* Voir Michel Peter l'*Aphasie* (*Gazette hebdomadaire*, 27 mai 1864.)

ment déterminé du lobe antérieur gauche du cerveau, ce qui n'avait été indiqué par aucun des auteurs qui l'ont précédé.

Le travail de Broca a provoqué de nouvelles études sur ce sujet intéressant, et presque tous les faits accompagnés d'autopsie, qui ont été publiés, sont venus confirmer l'exactitude de ses observations. Non seulement, en effet, dans une quinzaine d'observations environ, recueillies par des auteurs différents, on a constaté la lésion de la deuxième ou de la troisième circonvolution frontale chez des individus qui avaient offert la perte plus ou moins complète de la parole pendant leur vie ; mais, chose remarquable, dans tous les cas qui ont paru jusqu'à ce jour et suivis d'autopsie, la lésion de cette portion limitée du lobe antérieur du cerveau a été trouvée, comme l'avait indiqué Broca, dans l'hémisphère gauche, et non dans l'hémisphère droit.

On n'a pu opposer jusqu'à présent à cette doctrine qu'un seul fait bien constaté, et ce cas même est douteux, puisque l'autopsie n'a pas été faite. Il s'agit d'un malade observé à la clinique de Trousseau, chez lequel l'altération spéciale du langage, désignée sous le nom d'*aphasie*, coïncidait avec une hémiplégie du côté gauche du corps, dénotant par conséquent une lésion du côté droit du cerveau ; mais, dans ce cas, Broca peut objecter, avec raison, qu'il n'y a pas eu d'autopsie, et qu'il pouvait exister dans le cerveau de cet homme une lésion de l'hémisphère gauche déterminant la perte de la parole, en même temps qu'une lésion de l'hémisphère droit donnant lieu à l'hémiplégie du côté gauche du corps.

Quant à l'existence constante d'une lésion des deuxième et troisième circonvolutions frontales dans tous les cas de perversion de la parole et de la mémoire des mots, Charcot et Vulpian, entre autres, ont observé quelques faits négatifs qui doivent engager à suspendre encore son jugement, avant d'admettre comme démontrée la relation, d'ailleurs probable, découverte par Broca, entre la lésion de ces portions du cerveau et certaines perturbation du langage articulé.

Après avoir résumé les idées et les faits publiés par Broca, nous arrivons maintenant aux faits cités par Trousseau. Ces faits sont très variés ; ils diffèrent beaucoup les uns des autres, et ils diffèrent également, sous plusieurs rapports importants, de ceux de

Broca ; ils fournissent ainsi de nouveaux éléments pour l'étude de la question qui nous occupe, et prouvent qu'on ne peut limiter cette étude d'une manière aussi rigoureuse que le voudrait Broca.

Nous résumerons dans les quatre propositions suivantes les différences essentielles qui nous paraissent exister entre les observations relatées par Trousseau et celles de Broca.

Les faits de Trousseau sont d'abord beaucoup plus variés ; ils représentent, en général, des degrés moins avancés de la perversion du langage et de la mémoire des mots que ceux observés par Broca, dans lesquels les malades n'avaient plus à leur disposition que deux ou trois mots, ou même deux ou trois syllabes. De plus, dans les observations de Trousseau, la mémoire des mots est en général aussi fortement lésée que la faculté du langage. La lésion simultanée de ces deux facultés, dans un grand nombre de cas, montre, selon nous, qu'on ne peut séparer leur étude, quoiqu'il existe évidemment des observations de perte de la mémoire des mots, sans perversion de la faculté de parler et réciproquement, ainsi que nous en avons cité plusieurs exemples évidents, dans les cas d'amnésie simple d'une part, et dans les cas au contraire où les malades, ne pouvant parler spontanément, peuvent cependant écrire correctement et répéter les mots prononcés devant eux. Les faits de Trousseau démontrent en outre que l'intelligence est, dans beaucoup de cas d'aphasie, plus fortement troublée qu'elle ne l'était dans les faits cités par Broca, et que cet auteur ne semble lui-même l'admettre dans la définition qu'il a donnée de l'aphémie, définition dans laquelle la conservation de l'intelligence figure comme caractère essentiel.

Enfin, les faits relatés par Trousseau prouvent surtout que, s'il est un certain nombre de cas d'aphasie où les troubles de l'expression de la pensée par la parole, l'écriture ou le geste, peuvent exister seul comme symptôme cérébral isolé, et constituer alors une maladie spéciale appelée *aphémie* ou *aphasie*, il est néanmoins beaucoup d'autres cas dans lesquels cette perversion particulière de la parole coïncide avec des symptômes d'hémiplégie, de contracture, d'éclampsie, d'anesthésie, etc., avec des troubles intellectuels autres que la perte de la mémoire des mots, en un mot, avec divers symptômes cérébraux, dans la sphère de la motilité, de la sensibilité ou

de l'intelligence, qui compliquent singulièrement le tableau de l'affection cérébrale, au point de vue symptomatique comme au point de vue anatomique, qui rendent sa limitation très difficile, et établissent ainsi une confusion presque inévitable entre la maladie distincte que l'on voudrait établir et le symptôme dû à des causes et à des maladies diverses.

Aussi la définition de l'*aphasie* par Trousseau diffère-t-elle singulièrement de celle que Broca a donnée de l'*aphémie*, et cela doit être, puisque celle de Trousseau doit s'appliquer à des faits beaucoup plus variés. Pour Trousseau, en effet, le caractère tiré de l'intégrité de l'intelligence et celui qui repose sur l'absence de toute autre perversion des fonctions cérébrales ne peuvent plus figurer comme symptômes essentiels et distinctifs de l'*aphasie*, puisqu'ils manquent dans la plupart des cas.

Des trois caractères principaux assignés à l'aphémie par Broca, il ne reste donc plus, comme constant, que le signe négatif basé sur l'intégrité des organes de la phonation, c'est-à-dire l'affirmation que cette maladie a son siège dans le centre cérébral et non dans les organes périphériques.

Les réflexions que nous venons de faire, à l'occasion des observations d'aphasie citées par Trousseau, nous amènent naturellement à l'examen des faits que nous avons nous-même empruntés à divers auteurs français et étrangers. Ces faits sont certainement trop abrégés pour pouvoir fournir les éléments d'une étude sérieuse; mais ils sont assez nombreux et assez différents les uns des autres pour donner une idée suffisante des variétés de l'altération du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales. Ces différents degrés d'un même phénomène, s'étendant depuis l'état physiologique jusqu'à la suppression absolue de la parole, méritent d'être récapitulés rapidement pour faire comprendre combien cette question, en apparence si simple, est complexe et peut être envisagée à des points de vue très divers.

Chacun sait combien l'état physiologique lui-même comporte de degrés, sous le rapport du développement de la mémoire et de la faculté de parler, de même que sous celui de toutes les autres facultés de l'esprit humain ; mais nous n'avons ici, ni à les énumérer, ni à y insister.

Le premier degré de l'état pathologique est représenté par les faits qui figurent dans notre première catégorie. Ces malades, ayant perdu la mémoire des mots, ne peuvent parvenir à trouver spontanément les expressions nécessaires pour rendre leurs pensées et ils y suppléent à l'aide des gestes, d'une mimique vive et animée, ou bien à l'aide de certains mots, ou de certaines syllabes, qui restent encore à leur disposition et dont ils varient à l'infini les intonations, pour arriver à se faire comprendre. Beaucoup d'apoplectiques sont dans ce cas. Ne pouvant retrouver dans leur mémoire les mots qu'ils cherchent et conservant pourtant la notion exacte de l'idée qu'ils désirent exprimer, ils s'irritent fréquemment contre cet obstacle et manifestent une grande joie quand on leur fournit le mot qu'ils avaient en vue. Dans ces cas, la mémoire des mots est surtout en défaut et la faculté d'exprimer les pensées par la parole ou par l'écriture n'est que faiblement altérée. Ce qui le prouve, c'est que ces malades, ainsi que nous l'avons indiqué en tête de notre première catégorie, peuvent facilement répéter les mots, aussitôt qu'ils leur sont fournis par un interlocuteur, et peuvent également les écrire alors qu'ils leur sont dictés ; seulement, ils ne tardent pas à les oublier de nouveau et ils éprouvent alors la même difficulté à proférer ces mêmes mots, ou à les écrire. Ce sont donc là, à proprement parler, des faits simples d'*amnésie verbale*, mot créé par Lordat et qui indique nettement le caractère spécial de cette altération de la mémoire. Mais ce qui démontre combien toute distinction est presque impossible, en pratique, entre les lésions de la mémoire des mots et celles de la faculté d'exprimer sa pensée par la parole ou par l'écriture, ce sont les faits suivants, qui sont tout à fait voisins des précédents, qui n'en sont séparés par aucune ligne de démarcation tranchée et qui s'observent souvent chez les mêmes malades.

Chez certains apoplectiques, en effet, dont la mémoire des mots est également en défaut, les malades, au lieu de chercher à se faire comprendre par signes et de désigner ainsi clairement la pensée qu'ils veulent exprimer, ont un besoin continuel de parler ; ils prononcent alors des mots qui se présentent machinalement à leur esprit, sans rapport véritable avec la pensée qu'ils désirent traduire au dehors, ou bien ils se servent de certains mots toujours les mêmes,

qui seuls leur restent pour rendre toutes leurs idées, soit en variant les intonations, soit en les accompagnant de gestes plus ou moins expressifs destinés à suppléer à l'insuffisance du langage. Dans ces circonstances, on peut encore observer deux variétés de troubles qui paraissent en rapport avec le degré plus ou moins grand de conservation de l'intelligence : tantôt, en effet, les malades n'ayant à leur disposition qu'un petit nombre de mots qu'ils emploient à tout propos, ou bien même proférant malgré eux un mot au lieu d'un autre, s'aperçoivent très bien de leur erreur, s'en irritent, demandent qu'on leur vienne en aide et souvent alors peuvent, avec un effort, répéter le mot qu'on leur fournit, ou bien ils peuvent l'écrire; tantôt au contraire, tout en s'apercevant en partie des non-sens qu'ils profèrent, ces malades ne peuvent cependant s'empêcher de les prononcer ; ils ne peuvent plus parvenir à se rectifier par la parole, puisqu'ils sont incapables de répéter le mot qu'on prononce devant eux, ou en disent un autre par erreur, ni par l'écriture, puisqu'en prenant la plume ils écrivent un mot autre que celui qu'ils ont en tête, ou bien ils ne peuvent mettre par écrit le mot qu'on leur dicte, l'écrivent incomplètement, ou y ajoutent malgré eux certaines lettres ou certaines syllabes. Nous avons cité, plusieurs exemples de ces diverses variétés de perversion de la mémoire, de la parole et de l'écriture.

Dans les faits de cette catégorie, l'intelligence est déjà évidemment plus troublée que dans ceux de la catégorie précédente. Il y a en effet, à la fois, amnésie verbale, perversion de la faculté d'exprimer sa pensée par la parole et perversion simultanée ou isolée de l'exprimer par l'écriture.

Mais il est des degrés plus avancés de perturbation du langage qui dénotent encore un plus grand trouble de l'intelligence. Dans ces cas, non seulement les malades ne trouvent plus les mots nécessaires pour rendre leur pensée, ou bien emploient d'autres mots à la place, ayant ou non conscience de leur erreur, mais ils prononcent malgré eux des syllabes isolées, des phrases incomplètes ou incompréhensibles, qui se trouvent intercalées au milieu d'autres mots ayant un sens, ou bien même ils parlent un langage tout à fait inintelligible et profèrent des mots qui n'existent dans aucune langue.

Dans ces cas, les malades connaissent encore très bien l'idée qu'ils

veulent exprimer ; ce qui le prouve, c'est que quelquefois ils sont encore capables d'écrire correctement, quoique ne pouvant plus parler (1) ; leur intelligence n'est donc pas troublée comme dans le délire ; mais la faculté de parler est chez eux si peu en rapport avec la pensée, qu'ils ne peuvent plus prononcer que des phrases incomplètes, erronées, ou même des mots inintelligibles qui n'appartiennent à aucune langue humaine.

Il est enfin quelques cas du même genre dans lesquels le trouble est porté plus loin encore: l'écriture est alors aussi impossible que la parole, et les malades ne s'aperçoivent plus de leur erreur, et emploient, en écrivant comme en parlant, des mots ou des phrases incompréhensibles, surajoutées à des mots ou à des phrases ayant un sens déterminé.

Il y a évidemment, sous ces divers rapports, de nombreuses variétés individuelles, qu'une étude plus complète et plus détaillée de ce sujet intéressant pourra seule permettre de découvrir. On voit cependant que, dès à présent, on peut arriver à classer ces variétés en plusieurs catégories principales, d'après leurs caractères communs les plus essentiels. Parmi ces diversités individuelles, qui constituent en quelque sorte des sous-variétés, nous citerons seulement ici les suivantes : il est quelques-uns de ces malades qui ne peuvent presque plus parler et qui pourtant peuvent encore chanter ; il en est d'autres qui ne peuvent plus proférer aucun mot de la langue, excepté un seul, lequel est le plus souvent un juron grossier (2) ; d'autres sont encore capables d'articuler deux ou trois mots, et principalement des jurons, quand ils sont en colère, et ne sont plus en état de proférer une seule parole quand ils sont rentrés dans leur état de calme habituel ; d'autres malades peuvent encore compter, sans pouvoir parler et *vice versa*, de même qu'il est des individus de ce genre assez nombreux, qui peuvent écrire sans pouvoir parler, ou d'autres qui peuvent encore prononcer un certain nombre de mots sans pouvoir les écrire. Enfin, ces divers phénomènes sont quelquefois variables, sous le rapport de leur étendue et de leur intensité, selon les moments où l'on observe les malades, parfois même du matin au soir

(1) Voir obs. 24.
(2) Obs. 61.

ou du jour au lendemain, tandis que chez d'autres individus, au contraire, ils persistent absolument au même degré pendant très longtemps, même pendant plusieurs années.

Mais là ne se borne pas la diversité des faits que nous avons à signaler sous le rapport des troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales. Indépendamment de toutes ces variétés, envisagées au point de vue de la nature de ce trouble lui-même, il en est d'autres qui proviennent de la coïncidence de ces phénomènes spéciaux avec d'autres symptômes cérébraux, dans l'ordre de l'intelligence, de la motilité ou de la sensibilité.

Dans tous les cas où les perversions spéciales du langage existent isolément, sans aucune autre altération des fonctions cérébrales, on pourrait encore admettre, malgré leur grande diversité, qu'elles pussent constituer une maladie distincte, liée à une lésion anatomique ayant un siège déterminé, et on pourrait alors leur donner le nom spécial d'*aphasie* ou d'*aphémie;* mais, comme nous le disions précédemment, à propos des faits relatés par Trousseau, il est des cas, assez fréquents, dans lesquels ce symptôme de l'aphasie (perte ou perversion de la parole) se trouve réuni à d'autres troubles de la sensibilité, de la motilité ou de l'intelligence, de façon à former un tableau complexe de maladie cérébrale. Dans ces cas, par exemple, on observe de l'hémiplégie, des contractures, ou même des convulsions épileptiformes; dans d'autres circonstances, on constate un trouble plus étendu de l'intelligence, en même temps que la lésion de la mémoire des mots; enfin, dans d'autres cas analogues, il existe également de l'anesthésie, de l'hyperesthésie ou certaines paralysies partielles, jointes à l'altération spéciale de la mémoire et du langage.

Ces faits cliniques complexes, que l'on est bien obligé d'accepter tels qu'ils sont et que le praticien ne peut songer à scinder artificiellement, compliquent singulièrement le problème de l'*aphasie* considérée comme maladie spéciale, surtout lorsqu'on veut, comme Broca l'a fait avec beaucoup de bonheur et d'habileté, arriver à mettre chacun des symptômes cérébraux observés pendant la vie en rapport avec les lésions de diverses parties du cerveau constatées à l'autopsie.

Enfin, il est un dernier élément qui vient encore aujourd'hui rendre plus difficile l'étude et la détermination de cette maladie nou-

velle ; cet élément devrait, selon nous, en être totalement exclu. Nous voulons parler des faits dans lesquels il n'y a plus seulement perversion du langage, mais suppression absolue de la parole, mutisme volontaire ou involontaire, intermittent ou persistant. Lorsqu'on observe, en effet, actuellement une perte quelconque de la parole dans une maladie cérébrale ou nerveuse, on s'empresse d'affirmer que l'on a affaire à un exemple d'aphasie. C'est là, à nos yeux, un véritable abus de terme, qui ne peut qu'introduire une déplorable confusion dans l'étude de cette question déjà si compliquée. C'est bien assez de comprendre sous cette même dénomination les états très variés que nous venons d'indiquer, depuis la simple substitution d'un mot à un autre, jusqu'à ces malades qui ne conservent plus que l'usage d'un seul mot ou d'une seule syllabe servant à exprimer toutes leurs idées, sans étendre encore démesurément le sens de ce nom nouveau, en l'appliquant même à la perte absolue de la parole, ainsi que l'ont fait quelques observateurs.

L'énumération rapide que nous venons de faire des états divers, réunis aujourd'hui sous le nom générique d'*aphasie*, nous paraît suffisante pour motiver la conclusion suivante que nous désirons en tirer, à savoir : jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on soit parvenu à déterminer exactement les troubles spéciaux de la parole qui peuvent être mis en rapport constant de cause à effet avec la lésion isolée de la deuxième ou de la troisième circonvolution frontale du lobe antérieur gauche, nous serons en droit de conclure que l'*aphasie* est un symptôme qui peut se produire dans des conditions très diverses, et non une maladie spéciale pouvant être nettement distinguée anatomiquement et symptomatiquement des autres affections du cerveau. L'étude détaillée de ce symptôme nouveau permettra donc, selon nous, d'ajouter un chapitre important à la séméiologie mais non à la nosologie des affections cérébrales.

On peut dès à présent entrevoir quelques-uns des résultats utiles auxquels pourra conduire l'étude de ce symptôme pour la pathologie cérébrale.

Et d'abord, on sait déjà que ce symptôme n'existe jamais dans les diverses formes de la folie, ni même dans les variétés de la pa-

ralysie générale. On l'a observé jusqu'à présent dans quatre conditions différentes :

1° A la suite de maladies générales, de fièvres graves, de pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, l'érysipèle, etc., etc. Trousseau a cité également deux exemples observés, l'un chez un diabétique (1), et l'autre chez un malade atteint d'albuminurie (2);

2° Dans des névroses cérébrales, telles que l'épilepsie, l'hystérie, l'hypocondrie etc. Moreau, de Tours (3) a rapporté un exemple remarquable observé par lui chez un épileptique, et nous avons nous-même relaté plusieurs faits analogues;

3° Dans les affections traumatiques du cerveau, à la suite de chutes sur la tête, de blessures du crâne ou même de simples commotions cérébrales;

4° Enfin, dans les maladies organiques du cerveau, telles que l'hémorragie cérébrale, le ramollissement ou les tumeurs de diverses natures, et c'est là évidemment le cas le plus fréquent.

L'étude attentive des perturbations du langage et de la mémoire des mots, des conditions diverses au sein desquelles elles se produisent, et des variétés de formes qu'elles peuvent revêtir, contribuera au perfectionnement du diagnostic et du pronostic si obscur et si difficile des affections du cerveau. En arrivant à mieux connaître les formes et les variétés que ce symptôme peut présenter, il deviendra possible de les mettre en rapport avec les conditions différentes qui leur donnent naissance, et d'en tirer une utilité pratique, comme signe diagnostique ou pronostique de certaines affections cérébrales, soit pour en prévoir le développement prochain, soit pour en reconnaître la véritable nature, soit enfin pour en pressentir la marche ultérieure. Nous savons déjà, par exemple, par les observations réunies dans les annales de la science, que tous ces cas ne sont pas incurables. Il en est un assez grand nombre qui guérissent, soit rapidement et tout à coup, soit peu à peu et par une amélioration lente et successive. Nous connaissons même le procédé le plus habituel par lequel ces malades arrivent progressivement à la guéri-

(1) Trousseau, Obs. 52.
(2) Trousseau, Obs. 53.
(3) Moreau (de Tours), *Gazette des hôpitaux*, 13 février 1864.

son. C'est le plus souvent par des efforts de volonté continus et persévérants qu'ils parviennent peu à peu à récupérer la mémoire des mots et la possibilité de les articuler, soit par une répétition fréquente des mêmes mots, soit en les entendant prononcer par une autre personne, ou en les voyant souvent mis par écrit sous leurs yeux. Le professeur Lordat, de Montpellier, a rapporté avec détails sa propre observation, et décrit les moyens ingénieux qu'il a employés pour se guérir lui-même d'un état de ce genre (1). Nous avons cité précédemment plusieurs cas de guérison analogues (obs. 32, 38, 52).

La connaissance des faits variés dont nous parlons, lorsqu'ils auront été classés en catégories naturelles et mis en rapport avec des états maladifs différents, pourra également rendre de véritables services à la médecine légale. Dans l'état actuel de la science, lorsqu'on constate chez un malade, apoplectique ou autre, un trouble quelconque de la mémoire, ou une difficulté manifeste pour exprimer sa pensée, on conclut à l'existence de la démence ou d'une débilité intellectuelle très prononcée; on est par conséquent très disposé à considérer ces malades comme aliénés et surtout à annuler un testament fait dans de pareilles conditions. Lorsqu'au contraire on aura établi, à l'aide de faits nombreux et bien observés, que cette altération particulière de la parole et de la mémoire des mots peut quelquefois exister chez des individus dont l'intelligence est réellement intacte, le médecin expert pourra alors conclure à la validité d'un testament, écrit ou signé en connaissance de cause par un individu qui cependant ne pouvait, ni parler spontanément, ni lire ce qu'il avait écrit ou signé.

Dans d'autres circonstances encore, il peut être utile pour le médecin légiste de savoir que certaines personnes, ayant perdu la faculté de parler, ont pu conserver celle d'écrire, ou *vice versa*, et que d'autres, ne pouvant plus ni parler ni écrire, pourraient néanmoins donner par signes une approbation valable à un écrit mis sous leurs yeux, ou lu à haute voix en leur présence.

(1) *Analyse de la parole pour servir à la théorie des divers cas d'alalie et de paralalie (de mutisme et d'imperfection du parler) que les nosologistes ont mal connus.* Leçon de M. le professeur Lordat pendant l'année scolaire 1842-43. Montpellier, 1843.

Enfin, la connaissance scientifique de ces faits pourra faire découvrir la simulation, dans certains cas de médecine légale où un individu chercherait à altérer son écriture ou son langage, dans le but de se faire passer pour aliéné, de même qu'elle permettra, dans d'autres circonstances, de reconnaître l'existence d'une maladie vraie dans des cas où, par suite de l'ignorance de ces faits bizarres et exceptionnels, on pourrait croire faussement à une simulation de la part d'un accusé.

La conséquence la plus immédiate que l'on a voulu tirer de la découverte des lésions spéciales de la mémoire des mots et de la parole, mises en rapport avec l'altération d'une portion très restreinte des circonvolutions cérébrales, a été la confirmation de la doctrine psychologique des localisations de facultés, c'est-à-dire de la doctrine phrénologique. Nous ne pouvons aborder ici, en passant, une question aussi importante. Nous ferons seulement remarquer que, fût-on arrivé à démontrer avec certitude cette localisation de la faculté du langage articulé dans un point déterminé des lobes antérieurs du cerveau, que cette démonstration spéciale ne suffirait pas encore pour trancher la question générale du siège distinct de toutes les autres facultés de l'esprit humain. D'ailleurs, la doctrine phrénologique avait placé le siège de la faculté du langage dans un point très différent de ces lobes antérieurs ; enfin, comme l'a dit avec beaucoup de justesse Broca, « ces faits, parfaitement compatibles avec l'hypothèse des localisations par circonvolutions, paraissent très difficiles à concilier avec le principe des localisations par districts, ou, si l'on veut, par compartiments correspondant à des points invariables de la boîte crânienne ».

La doctrine phrénologique des localisations cérébrales ne nous paraît donc avoir reçu aucun appui nouveau de l'étude des faits qui nous occupent. Ce n'est pas au point de vue du siège organique des facultés psychiques que ces faits nous semblent devoir rendre de véritables services à la psychologie et à la physiologie de la parole. Les profits que la physiologie pourra tirer un jour de la connaissance des faits dont nous parlons mériteraient une étude spéciale que nous n'avons pas la prétention d'entreprendre ici ; elle n'est du reste pas possible encore dans l'état d'imperfection de la science à cet égard. Nous ne pouvons cependant nous empêcher d'indiquer, en

terminant, la conséquence principale qui nous apparaît, dès à présent, au point de vue de l'application de la pathologie à la physiologie.

Le phénomène du langage est un fait très complexe, composé de plusieurs éléments complètement solidaires à l'état normal, dont l'action est presque simultanée, et que l'analyse la plus minutieuse et la plus attentive parvient à grand'peine à décomposer en plusieurs temps distincts et séparés. La maladie, en fragmentant et en dissociant, dans des combinaisons très diverses, les éléments qui constituent ce phénomène complexe de la parole, permettra d'en étudier plus facilement chacun des temps et chacun des modes d'action principaux. L'état pathologique fournit ainsi au physiologiste des expériences toutes faites, des fragmentations naturelles de phénomènes qui, mieux que toutes les expériences qu'il pourrait instituer artificiellement, lui permettent d'étudier pas à pas les divers détails d'un mécanisme aussi compliqué. Ainsi, les recherches pathologiques de Gerdy, Gendrin, Beau, Briquet, Duchenne (de Boulogne), Landry, etc., sur les divers modes d'altération de la sensibilité dans l'hystérie et dans d'autres formes de maladies nerveuses, leur ont permis de perfectionner l'étude physiologique des fonctions sensitives du corps humain, en découvrant des états nerveux, dans lesquels ces fonctions sensitives étaient altérées sous mille formes diverses, correspondant aux différents temps du phénomène de la sensation normale. De même, les études si ingénieuses et si persévérantes de Duchenne (de Boulogne) sur les lésions isolées du système musculaire, ou sur certaines maladies générales, telles que les paralysies spinales, l'atrophie musculaire progressive et l'ataxie locomotrice, ont contribué à l'avancement de la physiologie sous le rapport des diverses modifications de la motilité et des fonctions motrices. Eh bien, les mêmes progrès accomplis dans la physiologie, au point de vue des fonctions motrices ou sensitives, en s'appuyant sur des expériences créées de toutes pièces par la maladie, pourront être réalisés pour la physiologie de la parole par la connaissance plus exacte des altérations du langage articulé.

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer nous conduit déjà sous ce rapport à un premier résultat qui nous paraît intéressant à signaler. Tout mouvement volontaire du corps humain suppose trois

conditions principales sans lesquelles il ne peut être exécuté. Pour qu'il se réalise, il faut que le centre cérébral qui commande le mouvement, le nerf conducteur qui le transmet et les muscles qui l'exécutent soient dans un état d'intégrité parfaite. Ces trois éléments indispensables d'un même phénomène, inséparables à l'état normal, peuvent être dissociés par la maladie, dans certaines névroses générales telles que la chorée, la catalepsie, le somnambulisme. Dans ces maladies, en effet, on voit fréquemment un mouvement pensé ne pas être transmis, ou ne pas être exécuté, ou bien des mouvements être exécutés spontanément par les muscles sans avoir été commandés par le centre cérébral. Ici encore la pathologie peut donc servir à éclairer le mécanisme physiologique du mouvement musculaire. Mais ce n'est pas là le point sur lequel nous voulons insister actuellement. Revenons au mouvement normal. Trois éléments sont nécessaires pour qu'il s'accomplisse. Dans la voix humaine inarticulée, dans le cri, comme dans celui des animaux, on ne constate également que ces trois éléments, comme dans tous les autres mouvements volontaires de l'économie. Pour que le son puisse être émis par l'organe vocal, il suffit qu'il y ait intégrité du centre cérébral, des nerfs de transmission et des organes de la phonation. Mais pour le langage articulé il en est tout autrement. Les faits pathologiques réunis dans ce travail démontrent que deux autres éléments sont encore nécessaires pour l'expression de la pensée humaine par la parole. Ces deux éléments nouveaux, qui distinguent essentiellement le langage humain de la voix inarticulée, sont la mémoire des mots et le pouvoir coordinateur de la parole. Que l'un de ces deux éléments vienne à manquer ou à s'altérer, ou bien qu'ils s'altèrent simultanément, et le langage devient impossible, ou subit les perversions pathologiques les plus variées. Il ne suffit donc pas, pour que le langage humain soit possible, que le centre cérébral non altéré permette la conception normale de la pensée qu'on veut exprimer, que les nerfs de la phonation puissent transmettre l'ordre de la volonté et que les organes de la voix se trouvent dans un état d'intégrité. Les faits rassemblés dans ce travail démontrent que deux autres éléments entrent encore dans la constitution du phénomène complexe de la parole ; il faut que la mémoire des mots soit complètement au service de l'intelligence qui a conçu la pensée ; il faut de plus une faculté

spéciale, qui sert de lien mystérieux entre la pensée rappelée avec son mot et la pensée exprimée au dehors, sorte de pont jeté entre le monde intérieur et le monde extérieur, et qui, une fois détruite, empêche l'expression de la pensée par la parole, alors même que l'idée a été conçue, que le mot correspondant a été rappelé par la mémoire, et que les organes de la phonation se trouvent dans un état de parfaite intégrité. Cette faculté est celle à laquelle on a donné le nom de *pouvoir coordinateur de la parole*.

Tel est le résultat physiologique principal auquel conduit l'observation des faits d'altération du langage et de la mémoire des mots relatés dans ce mémoire.

Indiquer rapidement l'état actuel de la question ; exposer brièvement les travaux récents et les faits principaux sur lesquels ils s'appuient; réunir un grand nombre de faits abrégés, mais très variés, dans le but de démontrer que ces cas sont plus nombreux, plus anciennement connus et plus disparates qu'on ne l'imagine ; prouver enfin, par la comparaison de leurs analogies et de leurs différences, qu'ils représentent un symptôme, devant être rattaché à des affections diverses, plutôt qu'ils ne peuvent constituer une maladie distincte et séparée, tel est le but principal que nous nous sommes proposé dans ce travail.

Nous sommes très disposé sans doute à rendre pleine et entière justice aux tentatives habiles faites dans ces dernières années pour élever ce symptôme si complexe au rang d'une maladie spéciale. Nous applaudissons de grand cœur à la découverte d'une localisation anatomique précise mise en rapport avec des symptômes particuliers observés pendant la vie. Nous souhaitons même vivement que les observations ultérieures viennent confirmer cette conquête nouvelle de l'anatomie pathologique; car c'est toujours un véritable progrès dans la pathologie cérébrale, si obscure et si peu avancée, lorsqu'on peut arriver à découvrir un rapport de cause à effet entre un symptôme et une lésion.

Néanmoins, malgré ces éloges que nous donnons bien volontiers aux travaux récents dont nous avons rendu compte, nous ne pouvons nous empêcher de dire, en terminant, que la question des troubles de la parole et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales ne nous semble pas encore mûre; qu'elle est plus complexe et plus

étendue qu'elle ne le paraît au premier abord; qu'elle touche aux points les plus obscurs et les plus controversés de la pathologie cérébrale et de la physiologie du langage; que de nouvelles observations complètes et détaillées sont absolument indispensables et que toute généralisation et toute conclusion absolues seraient aujourd'hui prématurées.

Aussi nous sommes-nous contenté d'indiquer, sous une forme tout à fait générale, quelques-unes des conséquences les plus immédiates qui nous ont paru découler naturellement du simple rapprochement des faits précédemment rapportés, et nous nous bornerons à conclure que cette question appelle de nouvelles études, et qu'elle ne pourra être examinée sérieusement et en parfaite connaissance de cause que lorsqu'on aura collectionné de nouveaux faits et lorsqu'on sera parvenu à les classer en plusieurs catégories naturelles correspondant à des états pathologiques déterminés (1).

(1) Ce mémoire, publié en 1861, dans les *Archives générales de médecine*, a été complété par moi dans les articles *Amnésie* et *Aphasie* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, articles publiés en 1866, dans lesquels j'ai cherché à résumer, aussi complètement que possible, l'état de la science, à cette époque, sur cette question importante.

Mais, depuis lors, c'est-à-dire depuis vingt-cinq ans, des progrès considérables ont été accomplis dans cette branche de la pathologie cérébrale, grâce à de nombreux travaux publiés en France et à l'étranger, parmi lesquels je me bornerai à citer ici ceux de Jaccoud *(a)*, Legroux *(b)*, Proust *(c)*, Charcot *(d)*, Bateman *(e)*, Kussmaul *(f)*, etc., etc. On en trouvera le résumé complet dans la thèse du Dr Bernard, parue en 1885 *(g)* et dans la thèse pour l'agrégation du Dr Gilbert Ballet *(h)*, auxquelles nous renvoyons le lecteur.

(*a*) Jaccoud, *De l'Alalie. Gazette hebdomadaire*, 1864.
(*b*) Legroux, Thèse pour l'agrégation, 1875.
(*c*) Proust, *Archives de médecine*.
(*d*) Charcot, *Œuvres complètes*.
(*e*) Bateman, *On Aphasia;* Londres, 1868.
(*f*) Kaussmaul, *les Troubles de la parole*, trad. franç.; Paris, 1884.
(*g*) Bernard, *De l'Aphasie et de ses diverses formes*, 1885.
(*h*) Gilbert Ballet, *le Langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, thèse pour l'agrégation, 1886.

XII

FOLIE RAISONNANTE OU FOLIE MORALE

PREMIER DISCOURS (1)

— 1866 —

La question de la *folie raisonnante (manie sans délire, folie morale* ou *folie des actes)*, soumise à l'examen de la Société médico-psychologique, est une des plus vastes et des plus difficiles que l'on puisse aborder dans notre spécialité. Elle présente des aspects nombreux et peut être envisagée à des points de vue très divers. Elle mériterait en tout temps d'être étudiée avec soin et de devenir l'objet d'une discussion publique ; mais plus que jamais, cette discussion est opportune, à une époque où les accusations se multiplient d'une façon si injuste contre les médecins aliénistes, à l'occasion de prétendues séquestrations illégales et arbitraires ; or, c'est dans ces variétés de la folie, qui se rapprochent de certains caractères de l'homme à l'état normal, que le diagnostic de la folie offre le plus d'obstacles et de difficultés, et que les médecins peuvent surtout être accusés de trouver à tort des aliénés là où les gens du monde, les philosophes et les magistrats ne veulent voir que des individus bizarres, étranges, et présentant de simples singularités de caractère.

L'étude clinique des diverses variétés de la folie réunies provisoirement sous les noms vagues de *folie raisonnante*, de *folie morale*, de *manie sans délire* ou de *folie des actes*, exigerait un volume. Je ne puis avoir la prétention même d'ébaucher cette étude dans un discours : mon but, aujourd'hui, est d'indiquer simplement les points principaux qui me paraissent les plus dignes d'attirer l'attention de la Société, dans ce sujet si vaste et si complexe, et de tracer en quelque sorte le programme des questions qui devront

(1) Discours prononcé à la Société médico-psychologique, dans la séance du 8 janvier 1866.

faire l'objet de la discussion qui va s'ouvrir. Sans cette précaution, en effet, cette discussion risquerait de s'égarer dans des généralités vagues et dans des dissertations métaphysiques sans applications pratiques, et il importe beaucoup de bien préciser, dès le début, le terrain sur lequel elle doit s'exercer et les limites dans lesquelles il convient de la renfermer.

Je diviserai donc ce discours en quatre parties :

1° *Partie psychologique* ;

2° *Partie pathologique ou clinique* ;

3° *Partie administrative ou législative* ;

4° *Partie médico-légale.*

Ce sont là, selon moi, les quatre aspects principaux sous lesquels il est nécessaire d'examiner la question.

I. Partie psychologique

Dans une Société mixte comme la nôtre, à la fois philosophique et médicale, il est impossible de passer sous silence le côté plus spécialement psychologique de la question de la manie sans délire. C'est, selon nous, le moins important pour la solution des problèmes pratiques que nous avons surtout en vue, et j'y insisterai moins longuement que sur le côté pathologique ou clinique ; mais je ne puis m'abstenir de le signaler à l'attention de la Société. La discussion psychologique à l'occasion de la folie raisonnante me paraît devoir porter sur deux points principaux : le premier, c'est celui de l'*isolement possible des facultés humaines* ou de leur étroite solidarité d'action, à l'état normal et à l'état maladif; le second est celui des *limites théoriques à établir entre la raison et la folie.*

Nous dirons quelques mots de chacun de ces points en discussion.

1. *Isolement possible ou solidarité d'action des facultés humaines, à l'état normal et à l'état maladif.*

Et d'abord, les facultés sentimentales et affectives peuvent-elles être lésées séparément par la maladie, sans trouble concomitant des facultés intellectuelles, ou bien, au contraire, existe-t-il, dans tous

les cas sans exception, malgré la prédominance de lésion de l'un ou de l'autre, altération simultanée de ces deux ordres de facultés ? Telle est la première question que l'on doit poser à propos de la folie raisonnante, question fondamentale par excellence, puisque le fait essentiel et caractéristique, sur lequel tous les auteurs ont fait reposer cette espèce particulière de maladie mentale, a consisté précisément dans cette donnée première d'une lésion exclusive des facultés affectives ou instinctives, sans aucun trouble de l'intelligence. C'est sur ce terrain que la discussion a été portée depuis le commencement de ce siècle. On s'est demandé s'il existait bien réellement une folie sans délire *(folie morale, folie affective,* ou *folie raisonnante)*, dans laquelle les sentiments et les instincts seraient seuls pervertis, tandis que l'intelligence resterait parfaitement intacte, et de cette question clinique on s'est élevé à la question psychologique plus générale de la solidarité nécessaire ou de l'isolement possible des facultés humaines, à l'état normal et à l'état pathologique. C'est là un sujet qui a déjà été plusieurs fois traité dans la Société médico-psychologique depuis sa fondation, soit à propos de la monomanie envisagée au point de vue psychologique et légal, soit à l'occasion de la responsabilité partielle. Je n'ai donc pas à y insister longuement ici.

Je me bornerai à dire que je crois fermement, théoriquement et pratiquement, à la complète solidarité d'action des diverses facultés de l'âme, chez l'homme sain comme chez l'homme malade. Dans la folie raisonnante, ou folie morale, l'observation clinique prouve, selon moi, qu'il y a bien prédominance de lésion des facultés morales ou instinctives, mais non absence complète de troubles de l'intelligence. A l'état normal, les psychologues n'ont admis l'existence de facultés distinctes que pour en faciliter l'étude. Ce ne sont là en réalité que des modes divers de l'activité psychique, indivisible dans son unité. Ces facultés ne peuvent pas plus agir isolément à l'état normal qu'elles ne peuvent être lésées séparément par la maladie. Plusieurs facultés coopèrent toujours à chacun des actes de notre esprit, et les résultats produits proviennent tous de l'action simultanée de plusieurs de ces forces primitives de l'âme humaine. De même, à l'état maladif, il peut bien exister et il existe souvent des prédominances de lésion de chacune d'elles, mais il n'y a jamais

altération isolée de l'une d'entre elles à l'exclusion de toutes les autres.

Le vice fondamental de tous les travaux accomplis depuis le commencement de ce siècle par les médecins aliénistes de tous les pays, a été précisément de vouloir transporter purement et simplement dans la médecine mentale les divisions de facultés admises par les psychologues de profession pour l'étude de l'homme normal.

L'école phrénologique surtout, et à sa tête Gall son fondateur, a proclamé cette fragmentation et cet isolement possible des facultés humaines; elle a même cherché à assigner à chacune d'elles un siège particulier dans le cerveau, et a voulu découvrir, dans la pathologie, des exemples de lésions isolées de ces facultés, correspondant à chacun des penchants, des instincts, des sentiments ou des pouvoirs intellectuels. C'est ainsi que l'on est arrivé à établir des monomanies distinctes, en rapport avec l'altération de certains penchants, tels que le penchant au meurtre, au vol, à l'érotisme, etc.

Pinel déjà était entré dans la même direction scientifique imposée par les philosophes, en créant, comme espèce distincte, la manie sans délire, caractérisée par l'altération exclusive des sentiments et des penchants, sans lésion de l'intelligence.

Esquirol a suivi dans la même voie son illustre maître, en divisant la monomanie en monomanie affective, instinctive et intellectuelle, et si d'abord (1), il n'a pas reconnu la monomanie instinctive homicide, il est revenu plus tard sur cette première opinion (2), en constatant l'existence de quelques faits dans lesquels le penchant au meurtre pouvait exister seul sans aucun trouble de l'intelligence.

En Angleterre, le docteur Prichard (3) a admis également, comme espèce distincte, la *folie morale*, basée aussi sur la lésion isolée des sentiments et des instincts, et qui correspond à peu près à la *manie sans délire* de Pinel, et la plupart des médecins anglais ont, depuis cette époque, accepté cette forme de la folie telle qu'elle a été déterminée par le docteur Prichard.

(1) Esquirol, Article *Monomanie*.
(2) Esquirol, *Mémoire sur la monomanie homicide*.
(3) Prichard, *Different forms of insanity, in relations to Jurisprudence*. London 1842.

En Allemagne les médecins aliénistes du commencement de ce siècle, tels que Reil, Heinroth, Hoffbauer, etc., avaient aussi soutenu la réalité d'une folie sans délire; mais, à partir de 1821, Henke, a commencé à réagir contre cette doctrine régnante. La lutte a été vive entre les médecins allemands depuis cette époque sur cette question capitale; mais peu à peu l'opinion défendue d'abord par Henke a fini par triompher, et elle est aujourd'hui dominante en Allemagne. Le professeur Griesinger (1) proclame, en effet, très nettement qu'il n'existe pas de folie sans lésion de l'entendement; il va même jusqu'à dire que la création de la manie sans délire par Pinel a été un malheur pour la science.

En France, dès 1819, mon père (2) a commencé la réaction contre l'opinion de Pinel, en niant absolument l'existence de la manie sans délire. Depuis lors, Marc, Georget et la plupart des élèves de Pinel et d'Esquirol ont cependant persisté dans la doctrine de leurs maîtres, et aujourd'hui encore on admet généralement la possibilité de la lésion isolée des facultés intellectuelles et instinctives dans la folie. Néanmoins, plusieurs médecins aliénistes commencent à abandonner cette manière de voir trop exclusive et, pour notre part, nous sommes convaincu que l'étude clinique plus complète et plus rigoureuse des faits réunis artificiellement aujourd'hui sous le nom de *folie sans délire*, conduira tous les observateurs consciencieux à reconnaître l'exactitude de la thèse qui est pour nous, dès à présent, une vérité démontrée, à savoir, qu'il n'existe pas, dans l'aliénation mentale, de lésion isolée des sentiments ou des instincts, sans perturbation simultanée des facultés intellectuelles, ou, en d'autres termes, qu'il n'y a pas de folie sans délire.

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans l'examen approfondi de ce sujet; mon intention est aujourd'hui seulement de le signaler à l'attention.

II. *Limites entre la raison et la folie.*

La seconde question psychologique à examiner, à l'occasion de la folie raisonnante, est celle des limites qui séparent la raison de la

(1) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, p. 355.
(2) J.-P. Falret, *la Manie sans délire*, thèse, 1819.

folie et des caractères qui peuvent servir à établir une ligne de démarcation entre ces deux états, dans les cas difficiles. Tous ceux qui adressent aujourd'hui des objections aux médecins aliénistes, se font une arme de la difficulté que l'on a éprouvée jusqu'ici à définir la folie d'une manière rigoureuse et à poser une limite précise entre cet état maladif et l'état de raison.

Les caractères distinctifs que l'on a cherché à établir, comme criterium absolu dans le diagnostic de la folie, sont, en effet, insuffisants; il en est de très utiles et de très importants, mais aucun d'eux ne peut s'appliquer à tous les cas sans exception.

Le premier de ces caractères, donné comme moyen de définir la folie et de la distinguer de la raison, a consisté à dire que la folie était la *perte du libre arbitre*. Cette définition est déjà ancienne; elle a été admise par Morel (1), Renaudin (2) et M. Baillarger (3). Mais définir ainsi la folie, c'est évidemment faire un cercle vicieux et répondre à la question par la question ; ce n'est pas la résoudre, car après une semblable définition, il reste toujours à se demander à quels signes on peut reconnaître si un individu soumis à l'examen a oui ou non perdu son libre arbitre. Ce caractère est donc inacceptable, même en théorie, et ne peut être d'aucune utilité dans la pratique.

Un second moyen de diagnostic proposé également pour différencier l'aliéné de l'homme raisonnable est le suivant : l'aliéné, dit-on, n'a pas *conscience de son état maladif*; il éprouve des idées fausses, des impulsions involontaires, des illusions et des hallucinations, sans se rendre compte de leur caractère morbide et sans en apprécier la fausseté, tandis que l'homme raisonnable, atteint d'une maladie quelconque, sait toujours parfaitement qu'il est malade, et a conscience qu'il n'est pas dans un état normal. Mais ce prétendu caractère distinctif entre l'homme sain d'esprit et l'aliéné n'est valable ni pour l'un ni pour l'autre. L'homme en état de raison peut, en effet, souvent méconnaître chez lui-même l'existence d'un état morbide qui n'échappe pas à ceux qui l'entourent, et au point de vue psychique, il ne reconnaît presque jamais ses erreurs ; car ainsi que le dit l'ancien

(1) Morel, *Etudes cliniques*.
(2) Renaudin, *Etudes médico-psychologiques*.
(3) Baillarger, *Leçons* et *Essai de classification*.

adage: L'homme ne se connaît pas lui-même! Quant aux aliénés, tous ceux qui ont observé un grand nombre d'individus atteints d'affections mentales savent très bien qu'il est plusieurs d'entre eux, ayant parfaitement conscience de leur état, qui luttent avec énergie contre des tendances maladives, contre des impulsions ou des idées délirantes qui s'imposent à eux, malgré eux, aliénés qui exagèrent même leur situation maladive, s'en affligent et s'en alarment, sans pouvoir pourtant en triompher, et sont au moral ce que les hypocondriaques sont au physique. M. Delasiauve, entre autres, a signalé la conscience de son état comme un signe psychique appartenant spécialement aux aliénés qu'il a réunis sous le nom collectif de *pseudomonomanes*. Ce caractère, excellent dans un grand nombre de cas pour distinguer la raison de la folie, n'est donc pas applicable à tous les faits, et ne peut être donné comme un criterium absolu.

Un troisième caractère, bien meilleur que les précédents, ayant une véritable importance, admis par tous les aliénistes, et qui sert tous les jours pour le diagnostic de la folie, c'est la *comparaison de l'individu malade avec lui-même*, aux diverses époques de son existence. Mon père (1), en 1838, a insisté avec beaucoup de raison sur la valeur incontestable de ce caractère, et le professeur Griesinger (2), l'indique également comme un des moyens les plus sûrs pour arriver au diagnostic de la folie.

Mais ce critérium, très utile dans le plus grand nombre des cas d'aliénation mentale, n'est pourtant pas applicable à tous les faits sans exception. Dans certains cas de folie raisonnante par exemple, dont nous parlerons tout à l'heure, ce moyen cesse de pouvoir être employé avec avantage.

Il est, en effet, quelques individus, prédisposés à la folie dès leur naissance, dont la maladie a pris sa source chez les ascendants, et qui, dès les premiers âges de leur existence, manifestent dans leurs idées, dans leurs sentiments ou dans leurs penchants, des particularités tellement notables, des bizarreries tellement prononcées, qu'ils se distinguent déjà de tous les autres enfants du même âge, et sont marqués dès leur enfance du stigmate indé-

(1) J.-P. Falret, article *Aliénation mentale.*, *Dict. de méd. usuelle;* 1838, *et Maladies mentales et asiles d'aliénés;* 1864.

(2) Griesinger, *Traité des maladies mentales,* trad. franç., p. 136.

lébile de la folie. Le médecin spécialiste reconnaît de très bonne heure chez ces enfants les signes de la prédisposition à cette maladie. Ces signes vont s'exagérant de plus en plus à mesure qu'ils avancent dans la vie, surtout à l'époque de la puberté et quelquefois plus tard ; l'incubation de la folie se produit ainsi chez eux peu à peu, et se confond pour ainsi dire, par nuances insensibles, avec l'état de prédisposition qui constitue comme le caractère normal de ces individus depuis leur naissance. Lorsque enfin la folie éclate ou devient évidente pour tous, il n'est pas facile de dire à quel moment elle a réellement commencé, attendu qu'elle s'est continuée presque sans interruption avec l'état mental antérieur du malade. Dans ces cas, rares du reste, où la maladie n'est que l'exagération du caractère naturel, le critérium tiré de la comparaison de l'individu avec lui-même cesse donc d'avoir son utilité. Or, c'est ce qui a lieu le plus souvent pour les cas de folie raisonnante qui sont fréquemment héréditaires et liés à la constitution primitive des malades.

Les philosophes et les magistrats ont encore admis beaucoup d'autres moyens théoriques pour distinguer la passion de la folie et l'erreur physiologique de l'idée délirante; mais ces prétendus signes distinctifs sont encore plus insuffisants que les précédents, et ne peuvent résister à l'observation vraiment médicale.

Ainsi, par exemple, ils ont proclamé que chez l'homme sain d'esprit la passion avait des motifs et un objet réellement existant dans le monde extérieur, tandis que la folie n'en avait pas ; ils ont admis que l'homme passionné raisonnait dans le sens de sa passion, tandis que l'aliéné était inconséquent dans son langage et se livrait à des actes en contradiction avec ses paroles.

Ils ont prétendu, en outre, que l'aliéné manquait du discernement du bien et du mal, tandis que l'homme passionné ou criminel savait parfaitement quand il agissait mal. Ils ont ajouté que chez l'aliéné l'impulsion était irrésistible, tandis que l'homme sain d'esprit pouvait toujours se retenir au moment de l'accomplissement d'un acte; mais c'est là évidemment une nouvelle forme du cercle vicieux déjà signalé précédemment à propos du libre arbitre ; car il resterait encore à mesurer, dans chaque cas particulier, le degré de résistance possible de la volonté ou le degré d'irrésistibilité de l'impulsion, et malheureusement, comme le disait mon père, il n'existe pas de *Phrénomètre !*

Enfin, ils ont encore affirmé que l'aliéné était poussé involontairement à un acte quelconque, sans motifs, sans réflexion, sans combinaison et sans préméditation, tandis que l'inverse avait lieu pour l'homme passionné ou pour le criminel.

Mais l'observation journalière prouve au contraire, par des exemples nombreux, que les aliénés combinent souvent beaucoup avant d'agir, et que le nombre de ces malades qui commettent des actes dits *criminels*, en vertu d'un motif raisonné ou d'un motif délirant, est beaucoup plus considérable que celui des aliénés agissant sous l'influence d'une impulsion purement instinctive et non motivée. Nous n'en citerons pour preuve que la difficulté éprouvée par Esquirol, lorsqu'il a voulu trouver des exemples de monomanie homicide instinctive, après avoir d'abord commencé par en nier l'existence. Tous ces moyens de diagnostic, basés sur les caractères des actes, de la passion ou de l'erreur physiologique, opposés à ceux de la folie considérée en général, caractères empruntés aux philosophes et aux magistrats, sont donc insuffisants pour le médecin. Il faut à celui-ci un terrain plus solide ; et ce terrain ne peut être que celui de la maladie, ou en d'autres termes, de l'observation clinique.

Le médecin doit chercher son critérium, pour le diagnostic de la folie, dans la pathologie et non dans la psychologie. Or, ce critérium réside précisément dans le fait même de la maladie, qui est caractérisée par un ensemble de symptômes physiques et moraux, et par une marche déterminée, c'est-à-dire par une réunion de signes diagnostiques et non par un seul.

C'est, selon nous, à l'aide de ce critérium, que le médecin spécialiste peut arriver à trancher pratiquement les questions les plus délicates du diagnostic de la folie et de la médecine légale des aliénés.

Les faits réunis actuellement, d'une manière provisoire et artificielle, sous les noms de *folie raisonnante*, de *folie morale*, de *folie affective et instinctive*, ou de *folie lucide*, sont, parmi toutes les variétés de la folie, les cas qui prêtent le plus à la contestation et à la discussion, et ceux dont le diagnostic présente, dans la pratique, les plus grandes difficultés. Ils sont placés sur la limite de la raison et de la folie, entre les bizarreries natives du caractère, encore compatibles avec l'état physiologique, et les troubles plus prononcés de l'intelligence ou du moral dont la nature pathologique ne peut être

contestée. Quelques-uns d'entre eux peuvent même flotter, pendant un certain temps, entre les derniers degrés de l'échelle descendante des états physiologiques et les premiers degrés de l'échelle pathologique ascendante. Il en est quelques-uns enfin, plus difficiles encore à apprécier, surtout à une certaine période de l'évolution de la maladie, sur lesquels les médecins spécialistes eux-mêmes peuvent hésiter à se prononcer, pour lesquels on peut se demander s'il s'agit réellement d'un état de folie confirmée, ou simplement d'une période de prédisposition ou d'incubation de la maladie, d'une période prodromique ou bien d'une période de convalescence et de guérison commençante. Eh bien ! dans ces cas d'un diagnostic si difficile, le médecin consciencieux a besoin de nouvelles lumières pour éclairer ses doutes, mettre un terme à ses perplexités, et pour découvrir des éléments de jugement plus nombreux et plus concluants que ceux que nous possédons actuellement. Or, comme nous le disions tout à l'heure, ce n'est pas sur le terrain psychologique, mais sur le terrain pathologique qu'il peut trouver aujourd'hui ces éléments nouveaux de solution pour une question aussi délicate. Depuis soixante-dix ans, les médecins aliénistes les plus illustres, les penseurs les plus éminents ont creusé persévéramment dans la voie psychologique pour arriver à définir la folie en général, et pour poser des limites scientifiques entre la passsion et la folie, entre l'erreur de l'homme raisonnable et l'idée délirante de l'aliéné ; ils ont découvert, il est vrai, plusieurs caractères importants dont nous devons tous profiter, et qui sont maintenant des résultats définitivement acquis à la science, mais ils ont rencontré, au terme de leurs recherches, des difficultés presque insolubles, et ils n'ont pu trouver que des limites flottantes entre la raison et la folie, considérées d'une manière générale comme deux entités distinctes, comme deux êtres abstraits et théoriques, diamétralement opposés l'un à l'autre et devant se différencier par des caractères absolus.

Si nous continuons à poser le problème dans ces termes, il restera perpétuellement insoluble. Cette direction de la science, dans laquelle nous persistons à tort, est celle des psychologues, des moralistes et des magistrats, et n'est pas celle des médecins : elle a produit tout ce qu'elle pouvait produire, et en nous immobilisant indéfiniment dans cette situation, nous ne pouvons aboutir qu'à une

impasse. Il importe donc de sortir de cette voie sans issue, de changer le point de vue et la direction de la science pour entrer enfin sur le terrain pathologique en étudiant directement, à l'aide de l'observation clinique, les caractères symptomatiques des états maladifs que l'on a vainement cherché à découvrir par les procédés abstraits de la psychologie.

Or, dès à présent, en suivant cette direction pathologique, déjà parcourue avec succès par plusieurs de nos devanciers et de nos contemporains, en France et à l'étranger, nous pouvons arriver, pour le diagnostic de la folie en général et pour celui de la folie raisonnante en particulier, à des résultats pratiques d'une grande importance, que nous résumerons dans les propositions suivantes.

Pour juger l'état mental d'un individu soumis à notre examen, pour apprécier s'il est encore dans les limites de l'état physiologique (avec ses variétés infinies de caractères ou d'aptitudes qui différencient si profondément les hommes les uns des autres), ou s'il appartient à la classe si vaste des malades atteints d'affection cérébrale avec perte de la raison et du libre arbitre, ne nous contentons pas d'étudier isolément un seul aspect de l'intelligence ou du moral de cet individu, c'est-à-dire le sentiment ou l'idée prédominante qui nous frappent à première vue, ou bien l'acte incriminé sur lequel les magistrats appellent notre attention. Ne disons pas de lui : C'est un monomane qui manifeste de la jalousie, de l'amour, de religion ou de l'ambition, sous une forme qui n'est pas celle de l'homme raisonnable ; ne disons pas : C'est un être méchant, violent ou passionné, ou bien un individu dominé par une idée fixe, bizarre, insolite, étrange, et voyons si cette passion ou cette idée fixe sont restées dans les limites compatibles avec l'état physiologique de l'homme, ou bien si elles ont acquis des caractères permettant de les considérer comme des passions ou des idées maladives. S'il s'agit d'un acte justiciable des tribunaux, ne disons pas : Cet individu a accompli une action singulière, un vol, un incendie ou un meurtre dans des conditions exceptionnelles, une action érotique monstrueuse, donc il a été mû par un penchant au meurtre, au vol, à l'incendie ou à l'érotisme, exalté jusqu'à la maladie, ou bien les actes qu'il a commis sont tellement étranges, par eux-mêmes, par les motifs qui les ont déterminés, par les circonstances qui le sont accompagnés ou suivis, qu'ils ne peuvent être

attribués qu'à un dérangement de la raison ou à une maladie. Non, ne disons pas cela, parce qu'on pourrait nous montrer dans l'état normal de l'homme une série non interrompue de faits analogues qui nous conduiraient par transitions insensibles, sans limites possibles à préciser, de la raison à la folie ou de la passion à la maladie, et notre diagnostic deviendrait alors singulièrement embarrassant. Mais examinons l'individu sous une autre face ; renversons les termes du problème à résoudre, et nous découvrirons alors des lumières nouvelles pour éclairer notre marche incertaine. Au lieu de prendre surtout en considération le fait le plus saillant qui frappe tous les regards, l'idée ou la passion dominantes qui semblent le point de départ unique des autres idées ou de la conduite chez l'individu que nous examinons ; au lieu de fixer principalement notre attention sur l'acte qui lui est imputé et qui est soumis à notre appréciation ; abandonnons ce point de vue étroit et exclusif pour envisager l'individu lui-même dans son ensemble, dans sa constitution physique et morale tout entière, dans son passé, son présent et son avenir. Faisons, en un mot, de l'observation médicale, comme nous la ferions pour un malade atteint de toute autre affection.

Cessons de disserter à perte de vue sur les limites flottantes et arbitraires qui peuvent séparer théoriquement le crime, la passion ou l'erreur de l'homme normal, des idées ou des sentiments maladifs de l'homme atteint de folie. Etudions cliniquement l'ensemble des phénomènes physiques et moraux qu'a présentés et que présente encore le malade que nous sommes appelés à juger ; recueillons les témoignages ; recherchons dans son passé, dans son histoire depuis plusieurs années, si nous ne pouvons remonter jusqu'à sa naissance et jusqu'à ses ascendants ; faisons-nous rendre compte de ce qu'il a dit et fait longtemps avant le moment où nous avons à l'apprécier ; interrogeons-le lui-même, faisons-le interroger par d'autres personnes dans le moment présent, et à l'aide de tous ces renseignements anciens et actuels, tâchons de reconstituer l'histoire entière de sa vie ; faisons, en un mot, de l'observation complète, au lieu de nous borner à fixer notre attention sur le point unique qui nous est signalé, ou qui frappe de prime abord nos regards ; comparons ensuite cet individu avec lui-même, avec ce qu'il était à d'autres périodes de son existence ; comparons-le par la pensée, avec la

conduite, les idées, les sentiments ou les actes habituels des hommes en général, dans les conditions où il a lui-même vécu. Jugeons-le avec le critérium du sens commun général, des idées régnantes de son temps, des habitudes ou des convenances sociales de son époque. Voyons si sa conduite est conforme au sens commun ou au bon sens général, et s'il n'a pas heurté de front et trop violemment toutes les idées communes, toutes les notions reçues, toutes les convenances générales, en un mot, le fonds commun qui constitue la raison générale de l'humanité ; car c'est dans cette appréciation de la raison commune, avec ses nombreuses variations et oscillations individuelles possibles, que réside le point de comparaison fondamental qui permet de différencier en dernière analyse la folie de la raison.

Mais soyons bien convaincus, surtout, que si la folie existe chez cet individu, elle ne consiste pas seulement dans une idée, dans un sentiment ou dans un acte, surgissant inopinément au milieu d'une intelligence saine d'ailleurs sous tous les autres rapports et dans un organisme dont toutes les fonctions s'exercent avec régularité. Soyons bien convaincus que celui chez lequel nous aurons découvert une particularité exceptionnelle qui nous a fait songer à la possibilité de la folie, présente en même temps ou a présenté à d'autres époques de son existence, d'autres symptômes plus complexes de dérangement physique et moral. Recherchons donc avec soin dans tous ses organes et dans toutes ses facultés intellectuelles et morales, et nous découvrirons de nombreux phénomènes maladifs, un ensemble de faits, et de plus, un ordre déterminé dans la succession de ces phénomènes, c'est-à-dire une marche, des périodes, en un mot, tout ce qui constitue réellement un état pathologique.

Je me résume et je dis : Si nous voulons arriver à démontrer l'existence d'une maladie mentale chez un individu dont l'appréciation nous est soumise, cherchons chez lui des symptômes physiques, et nous en trouverons ; cherchons des symptômes psychiques multiples, dans l'ordre des sentiments, des facultés intellectuelles et des instincts, et nous en découvrirons ; cherchons enfin une marche ou une évolution pathologique, des périodes d'incubation, d'invasion de rémission ou de paroxysmes, c'est-à-dire des phénomènes

variables en intensité et en nature selon les moments où l'on observe le malade, et soyons certains que ce dernier caractère lui-même ne nous fera pas défaut. C'est là le véritable critérium qui permet au médecin de diagnostiquer la folie avec une certitude bien autre que celle qu'il pourrait acquérir à l'aide des moyens fournis par les philosophes ou par les magistrats.

Une maladie mentale est un état pathologique constitué par des symptômes physiques, par des symptômes psychiques multiples et par une marche déterminée dans l'ordre de succession de ces symptômes: tels sont les trois termes indispensables pour reconnaître la folie envisagée d'une manière générale, et pour la distinguer des états passionnels, ou de simples bizarreries de caractère compatibles avec l'état physiologique.

Mais un dernier pas nous reste encore à accomplir pour compléter ce diagnostic et lui donner une précision plus scientifique. Malheureusement ce complément du diagnostic n'est pas toujours possible dans l'état actuel de la science. Il exigera de nouvelles études, et c'est vers ce but que doivent tendre aujourd'hui tous nos efforts. Il consistera à pouvoir classer le fait particulier soumis à l'examen du médecin, dans une catégorie de faits analogues déjà connue dans la science, et dont la description sera acceptée par tous comme espèce ou variété distincte de maladie mentale. Le médecin pourra alors porter un véritable diagnostic médical qui sortira du domaine si vague des généralités pour reposer sur le terrain solide de l'observation clinique. Ce sera le même progrès qui a été accompli dans la médecine ordinaire, lorsqu'au lieu de se borner à constater chez un malade l'existence d'une affection du poumon, envisagée d'une manière générale, on est parvenu à diagnostiquer chez lui une pneumonie, une pleurésie ou des tubercules.

Dans beaucoup de circonstances déjà, nous pouvons procéder de la même façon en pathologie mentale. Nous reconnaissons, par exemple, un malade atteint de paralysie générale à divers degrés, de folie épileptique, de folie circulaire ou à double forme, de délire de persécution, etc., et dans ces cas, le fait particulier que nous avons à examiner rentre facilement dans une catégorie déjà bien connue, décrite dans la science, et ayant des caractères vraiment typiques.

Eh bien ! c'est là le progrès qu'il faut chercher à réaliser pour les états de trouble mental réunis aujourd'hui si vaguement et si artificiellement sous les noms de *folie morale*, de *folie raisonnante*, de *folie lucide*, de *folie instinctive* ou de *folie des actes*.

Ces mots ne représentent, en effet, aucune idée nette, aucune forme bien déterminée de maladie mentale ; ils comprennent, sous une même dénomination et sans limite précise, les états les plus divers que nous devons chercher à séparer cliniquement pour les classer en un certain nombre de groupes distincts susceptibles d'une description scientifique.

Quelques-uns de ces groupes peuvent dès à présent être détachés de cette classe informe et mal déterminée, appelée *folie morale* ou *folie raisonnante;* il en est d'autres, au contraire, dont les caractères symptomatiques précis et l'évolution pathologique nous échappent encore aujourd'hui et qui ne peuvent être appréciés par le médecin qu'à l'aide des moyens généraux du diagnostic de la folie que nous venons d'indiquer.

Exposer rapidement les variétés de folie raisonnante déjà connues cliniquement et signaler ensuite celles qui restent à découvrir, tel est le but que nous nous proposons dans la seconde partie de ce travail.

II. Partie pathologique ou clinique.

La *folie raisonnante* ou *folie morale*, telle qu'elle est aujourd'hui admise dans la pathologie mentale en France et à l'étranger, existe-t-elle réellement comme forme distincte de maladie mentale, ou bien n'est-elle qu'une réunion artificielle et provisoire de faits disparates, appartenant à des catégories différentes? Telle est la question que nous devons nous poser actuellement et à laquelle l'observation clinique répond, selon nous, d'une façon péremptoire, en nous démontrant l'extrême variété des faits confondus aujourd'hui sous ce même nom, dont le sens est loin d'être nettement précisé.

Il suffit, en effet, de parcourir rapidement les observations réunies sous cette dénomination de *folie morale*, de *folie raisonnante* ou de *manie sans délire*, par Pinel, Fodéré, Esquirol, Marc, Prichard, etc., pour se convaincre que l'on a confondu dans une

même classe des états très différents, qui mériteraient d'être séparés en plusieurs catégories distinctes, dans une classification vraiment naturelle. On constate la même confusion lorsqu'on examine dans un asile d'aliénés les divers malades signalés comme atteints de cette forme de maladie mentale.

Enfin, on éprouve la même impression en lisant les nombreuses observations publiées par Trélat (1).

Or, Trélat, tout en les réunissant sous le même titre de *folie lucide*, et en évitant de tenter une classification nouvelle parmi ces faits de divers ordres, reconnaît néanmoins lui-même qu'ils appartiennent à des catégories différentes, puisqu'il subdivise leur étude en plusieurs chapitres distincts, comprenant les monomanes, les maniaques, les idiots, etc.

Tous les médecins nous semblent donc d'accord aujourd'hui pour reconnaître que la folie raisonnante ne peut être considérée ni comme une espèce, ni comme une variété spéciale de maladie mentale. Mais quelles sont les catégories naturelles de faits confondues actuellement sous ce nom? Voilà ce qu'il convient maintenant de rechercher. Eh bien, nous pensons, pour notre part, que quelques-unes de ces catégories peuvent déjà être détachées, dans l'état actuel de la science, du groupe informe des folies morales ou folies raisonnantes, et qu'il en est d'autres, au contraire, dont l'étude reste encore à faire. Indiquons donc aussi rapidement que possible les diverses catégories de faits qui nous paraissent, dès à présent, susceptibles d'une description distincte et séparée.

I. *Exaltation maniaque.*

La première de ces catégories est celle à laquelle nous donnerons le nom d'*exaltation maniaque*, pour la distinguer à la fois de la manie proprement dite et des faits de folie morale rangés par Esquirol et plusieurs de ses élèves dans la monomanie raisonnante. Ce qui caractérise essentiellement cet état mental, c'est la surexcitation générale de toutes les facultés, l'activité exagérée et maladive de la

(1) Trélat, *Folie lucide*.

sensibité, de l'intelligence et de la volonté, ainsi que le désordre des actes, sans trouble considérable de l'intelligence et sans incohérence du langage. Ces malades, en effet, examinés superficiellement, ne semblent pas présenter de délire : leur langage paraît suivi et raisonnable ; ils étonnent même par l'activité et la fécondité de leurs idées, par leur esprit et par leur imagination pleine de ressources, mais ils frappent également par la violence de leurs sentiments et de leurs impulsions instinctives, ainsi que par le désordre et la bizarrerie de leurs actes.

Ces aliénés sont sans cesse en mouvement et ont une activité physique correspondante à leur activité intellectuelle et morale. Ils dorment peu, se lèvent la nuit pour se promener dans la campagne, ils entreprennent des courses exagérées, des promenades, des voyages. Leur intelligence est comme en fermentation et conçoit mille entreprises, mille projets, souvent aussitôt abandonnés que conçus. Les idées pullulent dans leur esprit, et de cette production rapide des pensées résulte naturellement un certain désordre qui n'est pas comparable sans doute à l'incohérence de la manie, mais qui représente cependant une succession plus irrégulière d'idées qu'à l'état normal.

La mémoire est surexcitée comme les autres facultés. Les idées anciennes se présentent en foule à leur esprit et les malades s'étonnent eux-mêmes de la facilité avec laquelle ils retrouvent des souvenirs multipliés relatifs à des faits souvent insignifiants qu'ils croyaient depuis longtemps effacés de leur mémoire. Ils se rappellent de longues tirades des auteurs classiques qu'ils avaient apprises dans leur enfance et dont ils n'auraient pu retrouver que des fragments isolés avant leur maladie. Ils composent des discours, des poésies. Ils parlent et écrivent sans cesse et souvent avec une variété de termes et un bonheur d'expression qu'ils n'auraient pas eus à l'état normal. Ils causent ainsi sans interruption et racontent des histoires interminables, et en même temps ils se livrent aux actes les plus bizarres et les plus excentriques. Sont-ils en liberté, ils passent leur temps à faire des visites, s'installent pendant des heures entières chez des parents, chez des amis, ou même chez des personnes qu'ils connaissent à peine, et s'imposent à elles, sans aucune gêne et sans aucun respect des convenances ni des usages sociaux.

Sous l'influence de l'exaltation qui les domine, ils sont devenus téméraires et entreprenants, souvent même insolents et grossiers. Ils prennent avec les personnes qui les entourent, des libertés ou des familiarités qui leur étaient inconnues autrefois. Rien ne les choque ni ne les révolte dans leur propre conduite, dans leur manière d'être envers les autres hommes, et d'un autre côté, ils se blessent avec une extrême facilité, pour les plus simples observations qu'on leur adresse. Ils veulent tout se permettre à l'égard des autres personnes et ne peuvent rien supporter d'elles. Ils sont, en un mot, susceptibles, irritables, colères, disposés à la discussion, aux contestations et même aux querelles pour les motifs les plus futiles. Leurs sentiments et leurs instincts se trouvent ainsi métamorphosés en même temps que leur intelligence est surexcitée. Ils sont devenus méchants, difficiles à vivre, disposés à nuire, à taquiner, à faire des niches, ou même à faire le mal. Leur langage reflète ces dispositions nouvelles de leur caractère ; il devient mordant, et ils ont souvent des reparties vives et spirituelles mais ordinairement très blessantes. Ils saisissent avec une extrême facilité les ridicules, les travers ou les défauts de ceux avec lesquels ils sont en relation et choisissent toujours les paroles qui savent leur être les plus pénibles pour les leur jeter à la face. Ils inventent ainsi mille histoires, mille mensonges ; ils collectionnent tous les faits qu'ils entendent raconter autour d'eux, et, passant avec habileté de la médisance à la calomnie, ils dépeignent les personnes avec lesquelles ils vivent sous les couleurs les plus fausses et les plus malveillantes, donnant à leurs récits mensongers ou singulièrement travestis, toutes les apparences de la vraisemblance. Ils parviennent ainsi à établir partout la guerre et le désordre autour d'eux, et à rendre toute vie de société impossible.

Il faut avoir vécu avec de pareils malades pour se faire une juste idée des histoires infernales qu'ils sont capables d'inventer, du trouble et des luttes intestines qu'ils répandent dans leur entourage.

En résumé, leurs sentiments et leurs instincts sont entièrement transformés par la maladie ; des êtres auparavant doux et bienveillants deviennent violents, emportés, méchants, jaloux, vindicatifs, et sont souvent entraînés au mensonge, au vol et au cynisme en paroles et en actions. Ils acquièrent, en un mot, des défauts et des

vices qui n'étaient pas dans leur nature première et qui rendent toute vie commune impossible avec eux.

Tel est en abrégé le tableau rapide de l'exaltation maniaque, à laquelle viennent quelquefois s'ajouter quelques conceptions délirantes déterminées, mais qui peut exister sans elles à l'état de simplicité. Cette situation mentale constitue l'une des variétés les plus fréquentes de ce que l'on est convenu d'appeler la folie morale ou folie raisonnante. On en trouve toujours plusieurs exemples dans chaque asile d'aliénés, mais elle est bien plus fréquente encore dans le monde, en dehors des asiles. C'est une des variétés les plus connues et les mieux décrites, parmi toutes celles qui sont comprises sous le nom générique de *folie raisonnante*. Mais ce qu'il importe surtout de savoir, ce qui ajoute un dernier trait à cette description et ce qui, plus que toute autre considération, est propre à convaincre les incrédules de la nature réellement pathologique de ces altérations du caractère et du moral, c'est un fait capital que l'observation nous a appris sur l'évolution de cet état mental, à savoir, qu'il n'est le plus souvent, et l'on pourrait dire presque toujours, que l'une des phases d'une forme de maladie mentale plus complexe, c'est-à-dire un stade de la folie à double forme ou *folie circulaire*. On découvre presque toujours en effet, dans ces cas d'exaltation maniaque considérés comme des exemples de folie raisonnante, qu'après un temps plus ou moins long passé dans cette situation mentale, quelquefois même après plusieurs années, ces malades, qui ont fait le désespoir de leurs parents, le malheur de tout leur entourage, fréquemment aussi des asiles où ils ont été renfermés, qui ont suscité des procès, des ruines de famille, des ruptures entre des amis, des séparations entre les époux, des scandales intimes aboutissant jusqu'aux tribunaux ; que ces malades, dis-je, après avoir ainsi jeté le désordre dans leur propre vie, dans leur famille et dans la société, tombent brusquement ou peu à peu dans un état mental précisément inverse. Ils deviennent tristes et abattus ; ils s'enferment dans leur domicile, abandonnent toute occupation, deviennent en un mot aussi inertes et aussi indolents qu'ils ont été actifs et agités. Cette période de prostration mélancolique se prolonge ainsi pendant longtemps, plus longtemps en général que la période d'exaltation ; elle peut même aboutir jusqu'à un état de demi-stupeur ; plus tard enfin

apparaît encore une nouvelle exaltation maniaque semblable à la précédente. Ainsi se trouve complété le cercle maladif, dont la reproduction successive se perpétue presque toujours indéfiniment pendant toute l'existence de ces malheureux malades!

Eh bien, avoir ainsi rattaché cliniquement cet état d'exaltation maniaque simple, considéré comme une folie raisonnante, à une forme de maladie mentale mieux déterminée, mieux étudiée et dont la nature pathologique ne peut être contestée par personne, c'est avoir fait faire un véritable progrès à la pathologie mentale et en particulier à l'étude scientifique de la folie raisonnante. Au lieu de caractériser simplement ces faits par la méthode psychologique, on les range dans une espèce préalablement bien connue de maladie mentale, dans laquelle le cas particulier peut être facilement classé à côté de faits analogues déjà bien décrits. Or, c'est en continuant à substituer ainsi aux procédés psychologiques la méthode clinique que l'on pourra faire entrer l'étude raisonnante, comme celle des autres formes de la folie, dans une voie réellement scientifique.

II. *Période prodromique de la paralysie générale.*

Un autre état qui doit également être décrit séparément et que l'on confond fréquemment sous le nom générique de *folie raisonnante*, c'est la *période d'exaltation* qui précède souvent de plusieurs années l'explosion de la *paralysie générale*, surtout dans la variété expansive. Cette période prodromique a été déjà étudiée avec soin par plusienrs auteurs, en particulier par Brierre de Boismont (1), et elle mérite au plus haut degré de fixer l'attention des observateurs, au point de vue nosologique comme sous le rapport médico-légal.

Quelques individus, prédisposés dès leur enfance à la paralysie générale, offrent en effet, pendant de longues années, les caractères spéciaux de cette période prodromique. D'autres, au contraire, ne les présentent que quelques années, ou même quelques mois avant

(1) Brierre de Boismont, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. XIV, 2e série, p. 405, 1860.

l'explosion évidente de cette forme spéciale de maladie mentale. Ces futurs paralytiques mènent ordinairement une vie vagabonde, aventureuse et très agitée. Ils ont une activité démesurée de corps et d'esprit, qui se manifeste non seulement dans leur langage et dans leurs écrits, mais surtout dans leur conduite. Ils entreprennent le plus souvent de grandes affaires, fréquemment aussi des affaires d'une nature différente; ils font des projets variés qu'ils cherchent à exécuter immédiatement, ou bien qu'ils abandonnent peu de temps après pour de nouvelles entreprises.

Ces malades offrent presque tous une exaltation extraordinaire de toutes les facultés.

Leur sensibilité présente les plus grands contrastes, selon les moments où on les observe. Généralement doux et bienveillants par nature, ils sont sujets à des accès d'irritabilité, de colère ou même de violence, qui sont en opposition flagrante avec leur bonté habituelle : un rien les irrite ou les contrarie. Ceux qui vivent habituellement avec eux les considèrent comme fantasques et difficiles à vivre; les étrangers, au contraire, qui ne les voient qu'en passant et ne sont pas témoins de leurs scènes intérieures, ne constatent chez eux que la bienveillance et la facilité de caractère. Quelquefois cependant ils se laissent aller inopinément à des scènes publiques; ils font des sorties ridicules et inattendues, querellent le premier venu pour des motifs futiles, donnent un soufflet et se battent en duel, manifestent en un mot une susceptibilité tout à fait maladives, à l'occasion d'un fait insignifiant, qui eût passé inaperçu pour toute autre personne et pour eux-mêmes avant leur maladie. Ces malades offrent de grandes inégalités dans leurs sentiments, selon les circonstances. Ils restent froids en présence d'une circonstance grave et importante de leur vie, en face de la mort d'une personne aimée, et s'émotionnent, au contraire, jusqu'aux larmes pour des motifs sans valeur. Leur sensibilité s'exalte tout à coup, monte brusquement à un diapason très élevé de tristesse ou de gaieté, et oscille avec une extrême rapidité de l'amour à la haine, et de la sympathie à l'antipathie; mais cette explosion subite de tristesse ou de gaieté n'a ni profondeur ni durée, et disparaît bientôt de leur âme, pour faire place à une disposition inverse, ou bien à une véritable indifférence. Ils passent ainsi rapidement des manifestations de la joie la plus vive à des accès de sen-

sibilité qui leur arrachent des larmes, ou bien à des colères violentes, dans lesquelles ils brisent les objets qui leur tombent sous la main, poussent des cris et se roulent par terre, accès de colère analogues à ceux de certains enfants, des épileptiques et de quelques femmes hystériques ; mais ces colères sont passagères, et une fois disparues, il reste à peine dans l'esprit de ces malades quelques traces de ces mouvements tumultueux des passions, aussi vite oubliés qu'ils ont été produits.

L'intelligence, chez ces paralytiques au début, est surexcitée comme le moral. Ils acquièrent des aptitudes qu'on ne leur connaissait pas, et qu'ils ne se connaissaient pas eux-mêmes. Leur mémoire avivée reproduit avec vivacité les souvenirs de leur enfance et même les faits récents qui se passent autour d'eux, ou dans leur for intérieur. Ils conçoivent avec plus de facilité qu'autrefois des idées assez complexes, et leur intelligence, à la fois plus active et plus féconde, est dans une véritable fermentation d'idées, dont quelques-unes sont absurdes et irréalisables, mais dont les autres peuvent être utiles et applicables. Aussi a-t-on vu des malades, dans ces conditions de surexcitation pathologique, inventer des procédés nouveaux, des combinaisons nouvelles, se faire remarquer, en un mot, dans la direction spéciale à laquelle ils ont consacré leurs efforts, par des inventions ou des ressources d'esprit dont ils n'auraient pas été capables avant leur maladie. Dans le commerce par exemple, on voit assez fréquemment des individus appartenant à cette catégorie faire prospérer leur industrie et même faire fortune, dans cette période prodromique de la paralysie générale, par des spéculations hasardées, des combinaisons heureuses ou des témérités aventureuses, qu'un homme raisonnable, placé dans leur position, n'oserait jamais réaliser. Leur imagination en travail conçoit ainsi les idées les plus variées : achats nombreux, voyages lointains, projets de mariage, entreprises considérables, toutes ces idées circulent dans leur esprit et y restent à l'état de désir, ou bien les poussent à l'action; car, à cette période de la maladie, ces projets, quoique souvent exagérés et peu en rapport avec la position des malades, restent néanmoins encore dans la sphère des choses possibles et réalisables. Mais pour compléter ce tableau, il importe d'ajouter qu'au milieu de cette grande activité, et même de cette fécondité des facultés intel-

lectuelles, l'observateur attentif commence déjà à constater chez eux quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans leurs conceptions, en un mot des traces non contestables de démence commençante, qui sont comme la marque caractéristique de cette espèce de maladie mentale, même dès ses premiers débuts.

La volonté est ordinairement active et entreprenante. Ces malades passent rapidement à l'action ; ils veulent accomplir immédiatement leurs projets, et, s'ils ne rencontrent pas d'obstacles, ils peuvent arriver au but qu'ils se sont proposé : mais la persévérance manque à leur activité, et si le temps est nécessaire pour la réalisation d'une idée, ils l'abandonnent bientôt pour en poursuivre une autre. Aussi, malgré leur confiance en eux-mêmes, leurs fanfaronades et même leurs menaces, ils sont le plus souvent faibles de caractère et faciles à diriger comme des enfants, pour peu qu'on ne cherche pas à les heurter de front, et ceux qui les connaissent parviennent ordinairement à faire fléchir leur volonté, même sur les points où ils paraissaient le plus inébranlables.

Cette faiblesse radicale de la volonté, unie à un grand désir de réaliser immédiatement les idées qu'ils ont conçues, se reflète dans leur conduite et dans tous leurs actes. Ils ont une activité physique exubérante, en rapport avec la circulation rapide de leurs pensées : ils ne peuvent rester en place, ni s'astreindre à aucune occupation sédentaire, et sont comme agités d'un besoin de mouvement fébrile. Ils vont et viennent pour donner des ordres ou en surveiller l'exécution, se livrent parallèlement à plusieurs genres de travaux qu'ils veulent mener de front, écrivent des lettres, font des visites, changent de domicile, renvoient leurs domestiques, vont dîner en ville, au spectacle ou en soirées, font des invitations, entreprennent des voyages, se mêlent des affaires des autres en même temps que des leurs, deviennent exigents, impérieux et despotes avec ceux qui sont sous leur dépendance, et veulent les forcer à certains actes qui leur répugnent ou à une manière de vivre qui leur déplaît. Quant à eux, ils changent tout leur mode d'existence ; ils abandonnent leur vie régulière pour une existence vagabonde et aventureuse ; ils cessent de rentrer chez eux à l'heure accoutumée, s'absentent même pendant plusieurs jours et fréquentent de mauvaises sociétés ; d'éco-

nomes, ils deviennent prodigues, et de rangés dissipateurs ; ils ne supportent aucune contradiction, aucun reproche, malmènent ceux qui se permettent de leur faire des observations, et, après des scènes d'irritation et de colère, ils arrivent jusqu'à la violence. Ils travaillent d'une manière exagérée, sans en éprouver de fatigue, suffisent à la fois au travail et au plaisir, et se livrent à des excès auxquels leur constitution n'était pas habituée et qu'elle n'aurait jamais pu supporter autrefois. Ayant conscience de l'augmentation de leurs forces physiques et intellectuelles, et pleins du sentiment de bien être qui déborde, ils se réjouissent de cette transformation favorable de leur personnalité et ils s'en vantent auprès des personnes avec lesquelles ils se trouvent en rapport. Ils deviennent ainsi vaniteux et pleins d'orgueil, de réservés, modestes et circonspects qu'ils étaient souvent autrefois ; ils déclarent qu'ils ne se sont jamais aussi bien portés, et exaltent leurs forces physiques et morales ; ils croient même avoir acquis des talents nouveaux, et se disent chanteurs, poètes ou musiciens, sans arriver pourtant jusqu'à sortir du domaine des choses possibles pour entrer dans le monde imaginaire où se déploiera plus tard leur délire des grandeurs.

Pour terminer ce tableau de l'état d'exaltation mentale prodromique de la paralysie générale, il importe d'ajouter que les actes de ces malades sont souvent étranges, bizarres, contraires à toutes leurs habitudes antérieures, et peuvent même arriver jusqu'à constituer de véritables délits ou des actes réputés criminels.

Leurs sentiments moraux étant pervertis et ces malades n'étant plus arrêtés par aucune considération, par aucun contrepoids, ils s'abandonnent sans aucune retenue à toutes leurs impulsions, et ne respectent plus ni usages, ni décence, ni convenances sociales. Ainsi ils se déboutonnent ou se déshabillent en public, sont négligés dans leur mise et sans gêne aucune dans leurs propos ; souvent même leur langage devient inconvenant et grossier ; ils jurent et emploient des mots vulgaires qui ne leur étaient pas habituels ; ils maltraitent ou brutalisent leurs femmes et leurs enfants et se livrent parfois en public à des actes érotiques ou obscènes qui peuvent les amener devant les tribunaux ; car, à cette période de la maladie, le sens génital est surexcité avec une grande énergie chez l'homme et chez la femme.

Sont-ils dans les affaires, il leur arrive fréquemment aussi de se laisser aller à des actes d'improbité ; ils font des faux ou des vols, qui les conduisent quelquefois devant la justice, alors qu'aucun acte public n'avait encore trahi chez eux l'existence d'une perversion maladive des sentiments et des penchants, à peine appréciable pour ceux qui vivaient avec eux.

Appartiennent-ils aux classes inférieures de la société, les mêmes délits, les mêmes actes considérés comme criminels, se produisent chez eux sous une autre forme. On voit en effet, très souvent, dans cette période prodromique, des individus arrêtés pour des actes obscènes commis en public, pour des vols accomplis sans précaution et sans réflexion, à la devanture d'une boutique ou dans un magasin, ou bien on les prend en flagrant délit de vagabondage et de rébellion envers les agents de la force publique. C'est presque toujours pour des actes de ce genre que sont arrêtés, à Paris surtout, les malades atteints de paralysie générale au début, et qui souvent offraient déjà, depuis longtemps, les signes précurseurs de la période prodromique dont nous venons d'esquisser les principaux traits.

III. *Folie hystérique.*

Une troisième catégorie de faits comprise fréquemment aussi sous le nom de *folie morale* ou de *folie raisonnante*, est celle que l'on peut désigner avec raison par la dénomination de *folie hystérique*. Sans doute, on peut se demander s'il existe réellement une espèce de maladie mentale méritant spécialement ce nom.

Quelques auteurs modernes parmi lesquels nous citerons principalement Morel et ses élèves (MM. Bulart et Lachaux), donnant, selon nous, à cette expression une trop grande extension, ont compris dans sa description des états très divers, et l'ont presque fait synonyme de la folie étudiée chez la femme en général.

Nous pensons néanmoins qu'il est possible d'éviter cette exagération et d'arriver, par l'observation clinique, à reconnaître l'existence de symptômes intellectuels et moraux spéciaux en rapport avec la névrose hystérique, comme Moreau (de Tours) a cherché à le

faire (1), et comme M. Morel et moi (2) nous l'avons déjà tenté pour les troubles intellectuels liés à l'épilepsie. Ce sera là, selon nous, un véritable progrès pour la pathologie mentale et pour l'histoire de la folie raisonnante en particulier ; car ces folies hystériques vraies constituent une des variétés les plus communes de la folie morale.

Pour étudier cliniquement cette variété de maladie mentale, il faut commencer par bien distinguer ce qu'on peut appeler le caractère hystérique de la folie hystérique proprement dite.

Tous les médecins qui ont observé beaucoup de femmes atteintes d'hystérie, tous ceux qui ont eu le malheur de vivre avec elles d'une vie commune, savent parfaitement qu'elles ont toutes, dans le caractère et dans l'intelligence, une physionomie morale qui leur est propre et qui permet de reconnaître chez elles l'existence de cette maladie, même avant d'en avoir constaté les symptômes physiques. Seulement, la plupart des médecins non aliénistes ne veulent voir dans ces anomalies de l'intelligence et du moral chez les hystériques que des bizarreries ou des singularités compatibles avec l'état physiologique de la femme en général, et comme ils n'ont pas eu l'occasion d'observer les cas extrêmes, dans lesquels ces altérations du caractère arrivent jusqu'au degré d'une véritable aliénation, ils sont en général disposés à contester la réalité d'une folie hystérique. Pour bien comprendre les symptômes de cette espèce de maladie mentale, il convient d'abord d'énumérer rapidement les signes qui constituent le caractère de la plupart des hystériques, parce qu'ils représentent en diminutif les traits principaux de la folie hystérique pleinement confirmée.

Le premier trait du caractère propre aux hystériques, c'est d'abord la grande mobilité de toutes leurs dispositions psychiques, selon le moment où on les observe. Elles passent alternativement, et à des intervalles très rapprochés, de l'excitation à la dépression, comme, au physique, elles passent tout à coup d'une crise de rire à une crise de larmes. Elles s'enthousiasment avec ardeur, avec passion, pour une personne ou un objet qu'elles veulent posséder à tout prix ; elles ne reculent devant aucun effort, devant aucun sacrifice pour

(1) Moreau, *Union médicale*.
(2) Jules Falret, *Etat mental des épileptiques;* voyez plus haut.

arriver à leur but, et quand elles l'ont obtenu, quelquefois même avant de l'avoir atteint, elles passent brusquement d'un extrême à l'autre ; leur amour se transforme en haine, leur sympathie en antipathie, leur désir en répulsion, et elles mettent alors autant d'énergie à fuir, à éviter ou à repousser l'objet poursuivi qu'elles en avaient mis d'abord à le rechercher. Elles sont ainsi, en toutes choses, fantasques et capricieuses, et présentent une extrême mobilité d'idées et de sentiments.

Leur sensibilité offre les plus étonnants contrastes. Ces malades restent souvent sans émotion en présence des grands sentiments qui agitent habituellement l'âme humaine; elles demeurent froides en face des plus grandes douleurs et, d'un autre côté, elles sont bouleversées jusqu'au point d'éprouver des crises nerveuses, sous l'influence de simples contrariétés ! Ce mot magique, qui n'a pas son analogue dans le vocabulaire des sentiments humains et qu'elles emploient avec prédilection, résume à lui seul toute la vie émotive des hystériques et représentent le mobile de toutes leurs actions. A chaque instant, elles se plaignent de ressentir des contrariétés et elles réagissent avec violence contre les personnes ou les circonstances auxquelles elles les attribuent; il n'est pas d'efforts ni de sacrifices qu'elles ne consentent à faire pour éviter ce désagrément, qui est pour elle le pire de tous les maux, et la crainte d'avoir une contrariété est est si puissante chez elles, qu'elle paralyse leurs meilleures intentions et les empêche d'accomplir les actions les plus utiles ou les devoirs les plus impérieux.

Un autre trait également important du caractère des hystériques, c'est l'esprit de contradiction et de controverse. Il suffit qu'on leur demande une concession quelconque pour qu'elles la refusent immédiatement; elles s'obstinent ainsi dans la résistance en paroles et en actions, et ni les supplications, ni les tortures et les supplices, ne peuvent parvenir à les faire céder. L'obstination et la résistance passive prennent alors chez elles un caractère vraiment maladif ; aucune raison, aucun sentiment, ne peuvent contre-balancer cette puissance d'inertie négative qui contraste singulièrement par sa persistance avec la mobilité habituelle de leurs sentiments et de leurs idées.

Un autre fait principal, essentiellement caractéristique chez les hystériques, c'est l'esprit de duplicité et de mensonge. Ces malades

sont de véritables comédiennes ; elles n'ont pas de plus grand plaisir que de tromper et d'induire en erreur de toutes les façons les personnes avec lesquelles elles se trouvent en rapport. Les hystériques, qui exagèrent jusqu'à leurs mouvements convulsifs (lesquels sont souvent en partie simulés), travestissent et exagèrent également tous les mouvements de leur âme, toutes leurs idées et tous leurs actes. Elles affichent à chaque instant des sentiments qu'elles n'ont pas ; elles jouent la douleur comme la gaieté, l'amour comme la haine. Elles affectent la sympathie la plus vive pour les personnes qu'elles détestent cordialement et auxquelles elles cherchent à nuire par tous les moyens ; elles aiment à méditer des projets de vengeance, à combiner des tours infâmes, des machinations infernales, des calomnies destinées à ruiner la réputation des personnes auxquelles elles prodiguent les témoignages de l'affection la plus vive et la plus hypocrite ; elles inventent mille ruses, mille histoires mensongères. Elles composent de véritables romans, dans lesquels elles intercalent souvent avec art et d'une façon inextricable le vrai et le faux, de manière à tromper les plus clairvoyants. En un mot, la vie des hystériques n'est qu'un perpétuel mensonge ; elles affectent des airs de piété et de dévotion, et parviennent à se faire passer pour des saintes, alors qu'elles s'abandonnent en secret aux actions les plus honteuses, alors qu'elles font, dans leur intérieur, à leur mari et à leurs enfants, les scènes les plus violentes, dans lesquelles elles tiennent des propos grossiers et quelquefois obscènes, et se livrent aux actes les plus désordonnés, pour reprendre ensuite, en public, leurs airs de réserve, de modestie et de décence affectées !

Un dernier trait également caractéristique et propre aux hystériques, c'est la rapidité et même l'instantanéité de production des idées, des impulsions et des actes. Ces malades ne mûrissent pas longtemps un projet ; les idées n'ont pas chez elles une longue incubation, mais une éclosion subite : elles paraissent et disparaissent subitement, comme dans un changement à vue. Une conception s'empare de leur intelligence, s'y fixe momentanément et s'évanouit ensuite avec la même promptitude qui a présidé à sa naissance. C'est comme une plante parasite, déposée à la surface de l'esprit et qui ne peut y germer et s'y développer, parce que le terrain n'a pas été préparé pour la recevoir. Aussi n'y pousse-t-elle pas de pro-

fondes racines et est-elle emportée brusquement par le premier souffle du vent, pour faire place à une autre idée qui s'envole plus tard à son tour. Il en est de même des actes. Les hystériques s'abandonnent intantanément aux impulsions qui surgissent spontanément chez elles, sans cause connue et sans réflexion préalable. Sous l'influence de ces impulsions non motivées et auxquelles elles ne songent même pas à résister, elles arrivent immédiatement à l'action, à moins qu'un motif puissant ne vienne tout à coup les arrêter au moment du passage à l'acte ; car ces impulsions, quoique assez impérieuses et agréables à satisfaire, ne sont pourtant pas irrésistibles, et les malades peuvent ou s'y abandonner, ou y résister, selon leur caprice. Ainsi, par exemple, elles éprouvent de fréquentes impatiences, des mouvements subits d'irritation et de colère: elles s'emportent alors en paroles et en actions contre les personnes présentes; elles disent des injures ou des paroles grossières, se portent instantanément à des actes violents et ordinairement bruyants, frappent du pied la terre, renversent un meuble ou un objet quelconque qui leur tombe sous la main, déchirent leur mouchoir ou une portion de leurs vêtements, donnent un soufflet, crachent au visage, rejettent ou brisent tout ce qui se trouve autour d'elles, poussent des cris perçants, se roulent par terre, cherchent, en un mot, à déchirer, à casser ou à détruire tous les objets qui sont à leur portée.

Enfin, les hystériques sont généralement romanesques et rêveuses, disposées à laisser prédominer les fantaisies de leur imagination sur les besoins et les nécessités de la vie réelle ; elles ont fréquemment aussi des tendances érotiques prononcées, quoique l'on ait beaucoup exagéré cette disposition ordinaire de leur nature ; car elles sont plus souvent coquettes et vaniteuses, que vraiment ardentes et passionnées.

Tels sont les principaux caractères intellectuels et moraux observés habituellement chez les femmes présentant tous les signes physiques de l'hystérie, qui sont réellement affectées de cette névrose complexe et non pas seulement de quelques-uns de ses symptômes.

Mais tant que ces manifestations psychiques se maintiennent dans les limites que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire dans les bornes d'un caractère normal, on doit sans doute les rattacher à un état pathologique, la névrose hystérique, mais on ne peut, sans exagéra-

tion. les considérer comme constituant une véritable folie, entraînant l'irresponsabilité civile et criminelle et la séquestration dans un asile d'aliénés. C'est là une maladie nerveuse et non une folie. On peut bien trouver, dans l'existence de cette névrose et des altérations de caractère qui en résultent, une circonstance atténuante pour certains actes accomplis par ces malades sous leur influence, mais on peut y découvrir un motif valable pour une exonération complète.

Mais entre ce caractère en quelque sorte normal des femmes hystériques et la manie hystérique proprement dite, avec délire général, trouble considérable de l'intelligence et désordre extrême des actes, constituant un véritable accès de manie, et observée dans les asiles d'aliénés, il existe un troisième état mental, lié également à l'hystérie, que l'on peut désigner provisoirement par le mot de *folie raisonnante des hystériques*, et qui participe à la fois des symptômes des deux autres états. Cette situation mentale représente par rapport à l'hystérie, ce qu'est, dans l'épilepsie, le trouble mental que j'ai appelé le *petit mal intellectuel*, état intermédiaire entre le caractère habituel des épileptiques, dans l'intervalle de leurs attaques, et les grands accès de manie épileptique avec fureur (1).

Les malades atteintes de l'état que nous appellerons *folie raisonnante des hystériques*, présentent dans leur moral, dans leur intelligence et dans leur conduite, la plupart des traits que nous venons d'assigner au caractère habituel des femmes hystériques ; seulement ces signes ont acquis de telles proportions et sont tellement accusés, les sentiments ont revêtu un caractère si évidemment maladif, les idées sont devenues si absurdes, les actes si violents et si déraisonnables, que tous ces symptômes ne peuvent plus être considérés comme compatibles avec la raison, et constituent dès lors, par leur réunion et leur intensité, une véritable affection mentale. Les manifestations de cette maladie sont souvent très difficiles à saisir ; elles ne sont pas toujours appréciables pour le public ; elles peuvent même être contestées par la foule et ne sont malheureusement très évidentes que dans la vie intime, au centre du foyer domestique. Il faut avoir reçu les confidences lamentables des maris de ces femmes

(1) Voyez plus haut.

hystériques pour pouvoir se faire une juste idée du genre d'existence que mènent ces malades, des idées absurdes qui germent dans leur intelligence, des monstruosités qu'elles présentent dans leurs sentiments, et des énormités dont elles sont capables dans leurs actes, tout en conservant publiquement les apparences de la raison, en jouant leur rôle de femmes réservées, douces et bienveillantes, de façon à induire complètement en erreur les observateurs les plus exercés.

Toutes les passions sont surexcitées en même temps ou l'une après l'autre, chez de pareilles malades, qui éprouvent le besoin impérieux de les satisfaire, et ne reculent devant aucun obstacle pour arriver à leur but.

Les unes, dominées par des idées ou des impulsions érotiques, et ne trouvant pas dans leur mari les satisfactions qu'elles recherchent, deviennent provocantes, ne s'arrêtent devant aucune difficulté pour se livrer au premier venu, souvent même, malgré leur éducation et leur position sociale, descendent jusqu'aux degrés extrêmes de l'abaissement moral et ne craignent pas de tomber dans la débauche et dans l'orgie.

Les autres, mues par un sentiment de jalousie tout à fait déraisonnable et auquel leur mari n'a pas fourni de prétexte plausible, le poursuivent incessamment de leurs inquisitions, de leurs défiances et de leurs soupçons, et empoisonnent son existence par des scènes intimes de la plus grande violence, ou par une tyrannie de détail qui le tient enchaîné et lui enlève toute liberté d'action. Passant ensuite successivement de la surveillance inquiète à la menace et aux actes violents, elles arrivent quelquefois jusqu'à rendre le public témoin de ces scènes intérieures.

D'autres enfin ne se contentent pas de tyranniser leur mari dans leur intérieur; elles conçoivent contre lui ou contre des étrangers des projets de vengeance dont elles poursuivent l'exécution avec toutes les ressources d'une intelligence avivée et avec l'énergie persévérante d'une volonté que rien ne lasse ni ne rebute.

Si l'on se borne à étudier ainsi ces malades par le côté du caractère, si l'on ne considère que l'exaltation des sentiments et des penchants, on peut ne voir dans cet état mental qu'une exagération des passions naturelles à l'humanité: on peut croire que l'on a affaire

simplement à des femmes jalouses, méchantes et passionnées. On peut ne trouver chez elles que des êtres repoussants, monstrueux ou criminels, et non des malades. Il n'est pas possible, en effet, de faire reposer la maladie sur une simple différence de degré, surtout alors que nous ne possédons aucun moyen certain de mesurer l'intensité des passions humaines, ni aucune limite précise entre le degré d'exaltation des sentiments et des penchants compatibles avec l'état physiologique et celui qu'on doit regarder comme pathologique. Mais c'est ici précisément que le critérium indiqué précédemment doit nous servir de guide pour distinguer, dans ces cas difficiles de perversion du caractère chez les hystériques, les faits physiologiques de ceux qui appartiennent réellement au domaine de la folie. Chez les aliénés hystériques, en effet, indépendamment des mauvais sentiments ou des penchants violents, exaltés jusqu'au délire et parvenus à un degré d'intensité qui dépasse les limites de l'état normal, nous pouvons arriver, par une étude attentive, à découvrir d'autres symptômes morbides dans la sphère de l'intelligence, de la volonté et des actes, et ces symptômes peuvent nous servir à compléter le tableau de la maladie et démontrer ainsi à tous d'une manière incontestable ce que l'examen exclusif des sentiments ou des penchants exaltés nous avait seulement permis de soupçonner. A côté des passions surexcitées, dont les manifestations violentes avaient seules frappé nos regards et dont le caractère maladif pouvait être douteux, nous constatons chez ces hystériques des idées extraordinaires et souvent absurdes, des désirs bizarres, des goûts dépravés, des instincts pervers, dont les malades elles-mêmes ressentent quelquefois de la honte et du dégoût, et qui sont contraires à toutes leurs habitudes antérieures ; nous constatons enfin des actes excentriques, étranges, insolites ou malpropres. Ces malades, par exemple, boivent leur urine, mangent de la terre, se déshabillent ou restent toutes nues dans leur intérieur, négligent leur toilette, refusent de se laver, sont d'une malpropreté révoltante et deviennent d'une avarice sordide ou d'une prodigalité insensée; quelques-unes même, comme la malade dont parle Trélat (1), vont jusqu'à collectionner dans de petits papiers les matières les plus dégoû-

(1) Trélat, *la Folie lucide*.

tantes, ou se livrent en secret à d'autres actes également bizarres, ridicules, et qu'aucun motif raisonnable ne peut expliquer. De plus, ces hystériques conçoivent souvent tout à coup des idées étranges ou souverainement absurdes, qui surgissent spontanément dans leur esprit, qui s'y fixent temporairement avec une véritable ténacité, dont elles apprécient quelquefois la nature maladive, mais auxquelles elles ne peuvent refuser créance, qu'elles renferment en elles-mêmes et qu'elles n'avouent que par hasard, dans un moment d'épanchement, parce qu'elles en éprouvent de la honte, sans pouvoir pourtant s'en défendre ni s'en débarrasser.

En un mot, en cherchant avec persévérance, l'observateur attentif parvient à découvrir chez ces malades un ensemble de symptômes maladifs physiques et moraux, qui lui permettent d'asseoir son diagnostic sur une base solide, et de porter dans tous les esprits la conviction que ces femmes hystériques sont réellement des aliénées, malgré les apparences de raison qu'elles conservent en présence du monde et quoique cet état de folie n'ait ses manifestations nombreuses et incontestables que dans le cercle restreint de la vie intime, dans le foyer domestique, ou même dans le for intérieur de la malade elle-même !

IV. *Hypocondrie morale.*

Il est une variété de la mélancolie à laquelle nous donnerons, pour la distinguer des états analogues, le nom d'*hypocondrie morale, avec conscience de son état*, et qui figure souvent dans le cadre de la folie raisonnante, parce que l'altération des sentiments et les impulsions involontaires la caractérisent plutôt que le trouble de l'intelligence.

Ces malades présentent d'abord le fond commun de la mélancolie : ils ont une anxiété vague et indéterminée, une disposition générale à tout voir en noir, en eux-mêmes et dans le monde extérieur, et une grande prostration des forces physiques et intellectuelles. Tout leur paraît décoloré et sans attrait ; ils sont profondément découragés, et souvent même la vie leur est à charge. Ils sont, au moral, ce que les hypocondriaques sont au physique. Ayant parfaitement

conscience de leur état, ils s'en affligent et s'en alarment, et en exagèrent même tous les symptômes. Ils sentent que tout est changé en eux et au dehors, et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois. Ils ont honte, ou même horreur de leur propre personne, et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues. Se croyant atteints d'une maladie incurable, contre laquelle on ne peut rien, ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue : ils ont peur de devenir complètement aliénés et de tomber dans la démence et dans l'idiotisme. Devenus insensibles et indifférents à tout, ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants. La mort de leurs proches ou des personnes anciennement aimées les laisse sans émotion ; ils ne peuvent plus pleurer, disent-ils, et n'ont de sensibilité que pour leur propre malheur. Profondément égoïstes, ils abusent de la bonté de tous ceux qui les entourent, et ils déplorent eux-mêmes cet égoïsme sans parvenir cependant à faire renaître en eux les bons sentiments.

La volonté est aussi impuissante chez eux que la sensibilité est émoussée. Ils veulent et ils ne veulent pas. Ils se sentent poussés à agir, mais ils n'ont la force de se décider à rien. Ils sont, en un mot, sans initiative et sans énergie, et restent le plus souvent dans l'immobité, faute de mobiles d'action.

Leur intelligence n'est pas aussi troublée que celle d'autres mélancoliques ayant, avec le même fond de tristesse, des conceptions délirantes de ruine, de culpabilité, de damnation, d'humilité ou de persécution. Ils ont sans doute la peur de faire du mal, la crainte de la mort ou de la folie, mais ce n'est pas par les idées délirantes que leur état mental est surtout caractérisé. Ils présentent seulement du vague et de la confusion dans les idées et une certaine lenteur dans les conceptions. Ils accusent eux-mêmes un grand vide dans leur intelligence, qui a perdu de son activité pour les sujets étrangers à leur propre personne, ou à leur santé morale. Ils sont incapables de lire et de s'occuper intellectuellement ; le moindre travail les fatigue ; suivre une conversation, écrire une lettre, leur devient difficile ; absorbés et distraits, ils ne peuvent que répéter mentalement ou de vive voix les mêmes idées tristes, ne parlent que d'eux-mêmes et

ne prêtent qu'une faible attention aux choses du monde extérieur.

Mais c'est surtout par le côté émotif que se caractérise cet état mental. Sous l'empire d'un sentiment de crainte indéterminé, ces aliénés ressentent des émotions involontaires et des terreurs instinctives, pendant le jour et pendant la nuit. Il leur semble qu'ils vont éprouver un grand malheur, qu'ils sont menacés, eux et leurs familles, d'une catastrophe ou d'un événement inattendu. Enfin, ils ont des impulsions instinctives à faire ou à dire du mal, à proférer des paroles injurieuses ou obscènes, ou bien à se faire du mal à eux-mêmes, à se jeter par la fenêtre ou dans la rivière. Il se produit alors chez ces mélancoliques un phénomène psychologique très singulier, mais qui a son analogue dans l'état normal : il consiste à se sentir à la fois repoussé et attiré par une idée ou par une action, de même que cela a lieu souvent pour un précipice, lorsqu'on est placé sur le sommet d'une montagne ou sur une tour élevée. C'est, en effet, une loi de l'esprit humain que les contraires s'attirent comme les semblables. Par cela même que ces malades ont la crainte d'être poussés malgré eux à faire du mal et qu'ils songent constamment à l'objet de leur crainte, ils s'y sentent comme invinciblement attirés.

Le même fait se produit souvent à l'état physiologique. Plus on cherche à écarter une idée, plus elle s'impose involontairement à l'esprit; plus on s'efforce d'étouffer un sentiment ou un penchant naturel, plus il tend à se développer avec énergie. Ainsi les idées érotiques affligent surtout ceux qui veulent se plonger dans la contemplation religieuse et dans les moments de la plus grande ferveur. De même aussi les idées grotesques et ridicules s'offrent souvent à l'esprit dans les instants les plus sérieux de l'existence ! Eh bien, ces mélancoliques éprouvent des impulsions involontaires au suicide, à l'homicide, à commettre des actes violents ou à prononcer des paroles inconvenantes, et ces impulsions se produisent surtout chez eux dans les moments où ils les redoutent le plus. C'est, par exemple, à la vue d'un couteau ou d'un autre instrument quelconque qu'ils ressentent à la fois et la crainte d'être poussés instinctivement à s'en servir et le désir très vif de s'en emparer, pour le diriger contre eux-mêmes ou contre les personnes qu'ils affectionnent le plus. Aussi, dans la peur de succomber à la tentation, demandent-ils avec instance qu'on éloigne d'eux l'objet qui les attire ou qu'on les

maintienne eux-mêmes pour les empêcher d'accomplir l'action qu'ils redoutent. Il en est de même pour la vue d'une rivière ou d'une fenêtre ouverte. Un fait pathologique analogue s'observe aussi chez quelques individus qui, en se rasant, ont peur d'être poussés involontairement à se couper la gorge.

Ces situations maladives offrent sans doute des degrés très nombreux, et ressemblent par plusieurs côtés aux états mélancoliques ordinaires ; mais elles en diffèrent par des caractères assez importants pour mériter d'être décrites séparément, comme une variété spéciale. Ces états présentent, du reste, tant d'apparences de raison que les individus qui en sont affectés sont souvent considérés comme atteints de folie raisonnante et non de mélancolie, et que leur état de folie peut même paraître douteux.

Disons enfin, pour terminer cette description, que cette maladie revêt le plus souvent la forme intermittente ; qu'elle se reproduit ordinairement plusieurs fois, sous forme d'accès, dans la vie d'un même malade ; qu'elle est fréquemment héréditaire et liée à d'autres maladies nerveuses ; enfin qu'elle s'accompagne presque toujours de signes physiques, tels qu'anesthésies et hyperesthésies, sensations douloureuses dans diverses parties du corps, symptômes d'hystérie ou d'hypocondrie, anxiété précordiale (phénomène presque constant), sensation de vacuité ou de pression à la tête, palpitations, malaise et anxiété générale, besoin incessant de mouvement, symptômes physiques liés à un sentiment moral d'angoisse et de désespoir, et qui disparaissent tout à coup, comme par enchantement, lors de la guérison de l'accès.

V. *Aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs.* *(Folie du doute et Folie du toucher.)*

A côté de la variété de délire partiel que nous venons de décrire, il en est encore une autre qui s'en rapproche par plusieurs caractères principaux, mais qui s'en distingue par beaucoup de points et qui mérite également d'être détachée du groupe trop étendu des folies raisonnantes.

Nous la caractériserons, faute de mieux, par son trait le plus saillant, par la disposition d'esprit la plus fréquente chez ces malades, en la désignant sous le nom d'*aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs*. Le fond de cette variété de maladie mentale est celui des délires partiels actifs et expansifs, et non celui de la mélancolie. Esquirol (1) en a rapporté une observation des plus intéressantes, sous le titre de *monomanie raisonnante*, et cet exemple renferme à lui seul la plupart des caractères de cette variété de maladie mentale.

Pour la décrire, on doit distinguer les dispositions psychiques fondamentales qui existent chez tous les malades, des idées prédominantes et des actes qui en résultent, lesquels peuvent varier selon les cas.

Le fond véritable de cette maladie mentale consiste surtout dans une disposition générale de l'intelligence à revenir sans cesse sur les mêmes idées ou sur les mêmes actes, à éprouver le besoin continuel de répéter les mêmes mots ou d'accomplir les mêmes actions, sans jamais réussir à se satisfaire ou à se convaincre, même par l'évidence. Ces malades sont dans un état d'hésitation intérieure perpétuelle, et ils ne peuvent parvenir à arrêter ce travail incessant de leur pensée s'exerçant continuellement sur elle-même, sans jamais arriver à aucun résultat définitif. Aussi mon père a-t-il proposé avec raison de donner à cet état mental le nom de *Folie du doute* pour résumer, sous sa forme la plus générale, le fait psychologique principal qui lui sert de base.

Les idées délirantes qui préoccupent ces malades peuvent varier beaucoup, selon les personnes, selon le milieu où elles ont vécu, ou selon la circonstance qui a donné naissance à cette disposition maladive, mais une fois que l'esprit de ces aliénés s'est attaché à certaines séries d'idées particulières, celles-ci deviennent leur préoccupation dominante pendant des mois, pendant des années, et le travail intellectuel, concentré autour de ces idées principales et de leurs dérivés, multiplie successivement le délire par le délire, et entraîne à sa suite des conséquences intellectuelles et des actes qui se ressemblent beaucoup chez les différents malades, malgré la diversité de leurs conceptions délirantes prédominantes.

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales;* Paris, 1838.

Ainsi, quelques-uns de ces aliénés, tourmentés par des scrupules religieux, se reprochent sans cesse les idées qui surviennent spontanément dans leur esprit, ou les actes les plus insignifiants de leur vie, et passent tout leur temps à se répéter mentalement les reproches qu'ils s'adressent ainsi à eux-mêmes.

D'autres sont constamment occupés à chasser certaines séries d'idées ou bien à en retenir d'autres qui tendent incessamment à s'échapper de leur mémoire.

Les autres, et c'est la prédominance la plus fréquente, ont la crainte perpétuelle de toucher les objets extérieurs avec leurs mains, avec diverses parties de leur corps, ou même avec leurs vêtements, tantôt parce qu'ils redoutent que ces objets ne soient malpropres ou ne contiennent quelque substance malfaisante; tantôt, comme chez la malade d'Esquirol, parce que ceux-ci pourraient renfermer quelque objet de valeur qu'on les accuserait de s'être appropriés.

Enfin, quelques-uns d'entre eux ont la peur des chiens, et surtout des chiens enragés. Ces malades sont tellement dominés par ces craintes diverses, qui existent chez eux pendant le jour et pendant la nuit, que ces préoccupations réagissent incessamment et de la manière la plus pénible sur tous les détails de leur existence, et les empêchent de vivre de la vie commune et de se livrer aux actes que nous accomplissons tous à chaque instant. Ainsi, ils emploient un temps considérable pour faire leur toilette, pour se décider à se mettre à table et ils redoutent même de porter les aliments à la bouche. Ils ont peur de marcher, dans la crainte de fouler le sol avec leurs pieds; ils évitent le voisinage des autres hommes pour ne pas leur donner la main, ou pour ne pas les frôler avec leurs vêtements; ils fuient, en un mot, le contact de tous les objets extérieurs; enfin, ils ne consentent à toucher le bouton d'une porte pour l'ouvrir, qu'à la condition de se servir de leur mouchoir, du pan de leur habit ou de leur robe; car les objets métalliques sont ordinairement ceux dont le contact leur répugne le plus.

Quand on n'a pas reçu les confidences de ces malades, on ne peut se faire une idée exacte de la multiplicité des craintes qu'enfante, à chaque instant, leur imagination en délire et des conséquences variées qu'elles entraînent dans les faits les plus insignifiants de la vie de chaque jour. Ont-ils touché involontairement un objet quel-

conque avec leurs mains ou une portion de leurs vêtements (ce qui, malgré leurs précautions, arrive nécessairement très souvent), ils sont alors obligés de quitter ce vêtement pour ne plus le remettre, ou bien de se laver les mains, et ils passent ainsi une grande partie de leur temps dans des lavages sans cesse renouvelés. De là naissent de nouveaux doutes, de nouvelles perplexités et de nouvelles lenteurs dans l'accomplissement de tous les actes de la vie. Ils se parlent constamment à eux-mêmes, mentalement ou en remuant les lèvres, et se répètent les mêmes mots ou les mêmes idées, pour se convaincre que les objets touchés n'étaient pas malpropres ou que les lavages ont été suffisants. Non contents de se parler à eux-mêmes, ils éprouvent le besoin de faire répéter aux personnes qui vivent avec eux les mêmes mots ou les mêmes membres de phrases, parce que l'assurance réitérée d'autrui leur semble avoir plus de valeur que leur propre affirmation.

Ces malades ont une parfaite conscience de leur état; ils reconnaissent l'absurdité de leurs craintes et cherchent à s'y soustraire, mais ils ne peuvent y parvenir, et sont, malgré eux, toujours entraînés à revenir sur les mêmes idées et à accomplir les mêmes actions. Tant que la maladie n'est pas très ancienne et n'est pas arrivée à ses dernières périodes, ils peuvent encore conserver en public toutes les apparences de la raison, et s'ils n'en faisaient eux-mêmes l'aveu, nul ne pourrait se douter qu'il s'accomplit parallèlement en eux un double travail intellectuel, l'un extérieur, dont on est témoin, et l'autre intérieur, qui n'a pour spectateur que l'intimité de la conscience. Ce travail exige une dépense excessive de force nerveuse et intellectuelle, donne lieu à une souffrance morale des plus pénibles, et pourtant, soit par suite de la surexcitation maladive, soit par l'effet de l'habitude lentement contractée, le système nerveux finit par s'adapter à cette déperdition de force exagérée, et les malades résistent, souvent pendant des mois et même pendant des années, à ce travail incessant, sans que leur santé physique en soit fortement ébranlée et sans que leur intelligence s'affaiblisse notablement. Il est remarquable, en effet, que cet état mental, qui se prolonge souvent pendant toute la vie, avec des alternatives irrégulières de paroxysmes et de rémissions quelquefois très prononcées, n'aboutit jamais à une véritable démence.

Cette variété d'affection mentale est plus fréquente qu'on ne l'imagine. On l'observe plutôt dans la pratique civile que dans les asiles d'aliénés, où il est rare que ces malades se trouvent enfermés. Elle se produit souvent à la suite d'un dérangement notable dans la santé physique, après une maladie générale, comme la fièvre typhoïde ou le choléra, et dans beaucoup de cas elle date de l'époque de la puberté. Les malades peuvent eux-mêmes en général préciser le moment de son début; quelquefois même le médecin est appelé à y assister. Elle éclate fréquemment à la suite d'une circonstance déterminée, qui imprime à la maladie son caractère particulier et devient ordinairement l'origine de l'idée prédominante. Cette affection est plus commune chez la femme, mais on l'observe aussi chez l'homme. Elle est habituellement liée à la constitution générale de l'individu, héréditaire, ou du moins congéniale. Enfin, elle s'accompagne généralement de symptômes physiques et en particulier de phénomènes d'hystérie ou d'hypocondrie.

Nous avons insisté longuement sur les variétés de la folie raisonnante, dont nous avons cru devoir donner la description, parce que l'étude clinique de ces diverses variétés nous paraît constituer le progrès le plus important à réaliser dans cette branche de la pathologie mentale.

Pour compléter ce travail, il nous faudrait maintenant chercher à découvrir dans la classe si vaste et si mal délimitée des folies raisonnantes, d'autres catégories de faits moins connus et moins bien étudiés jusqu'à ce jour. Nous nous bornerons à signaler, comme susceptibles d'une description nouvelle, les états suivants :

1° Certains *délires de persécution*, à lente évolution et à idées délirantes très concentrées et dissimulées par les malades, qui peuvent passer pour une simple exaltation délirante, sans idées prédominantes;

2° *La variété d'exaltation maniaque simple*, non suivie d'une période mélancolique, véritable type de la folie raisonnante essentielle, sans aucune complication, et qui mériterait une étude spéciale;

3° *Les états de trouble mental liés plus spécialement à l'influence héréditaire*, sur lesquels le docteur Morel a surtout, et avec juste raison, attiré l'attention;

4° *Les accès très courts de folie transitoire, à forme raison-*

nante, pendant lesquels les malades tuent, se tuent, ou s'abandonnent à de grandes violences d'action, tout en conservant dans leur langage beaucoup d'apparences de raison, état observé fréquemment, par exemple, dans le *petit mal intellectuel des épileptiques*, et même quelquefois dans les accès du grand mal.

Nous devons nous contenter pour le moment de la simple indication de ces variétés qui mériteraient de fixer l'attention des observateurs.

L'examen clinique auquel nous venons de nous livrer suffira, nous l'espérons, pour remplir le but que nous nous sommes proposé, c'est-à-dire pour démontrer que la folie raisonnante, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, comprend des états très divers de trouble mental qui devraient être soigneusement séparés les uns des autres dans une classification vraiment naturelle.

III. Partie législative ou administrative.

Nous arrivons maintenant aux applications pratiques des principes que nous avons posés dans les deux parties précédentes.

La première question qui se présente à étudier, au point de vue des lois et de l'administration, dans les cas de folie raisonnante, c'est celle de la *séquestration*. Doit-on séquestrer tous les individus atteints de folie raisonnante ? Peut-on les séquestrer tous ? Voilà ce qu'il s'agit d'examiner rapidement.

Cette séquestration peut être motivée par une idée thérapeutique, ou par la considération de la sécurité du malade, de sa famille et de la société. On ne peut donc établir à cet égard aucune règle absolue, et il faut agir différemment selon les cas.

Au point de vue thérapeutique, il est, en effet, des circonstances où l'on peut espérer, par le régime, par la discipline et par le fait même de la séquestration, produire une sorte d'intimidation sur le moral de ces malades, et, en les forçant à exercer de l'empire sur eux-mêmes, arriver à réfréner la violence de leurs actes et à modifier avantageusement leur état mental.

Au point de vue de la sécurité, il est évident que quelques-uns de ces aliénés peuvent devenir dangereux par leurs actes, soit pour

eux-mêmes, soit pour ceux avec lesquels ils vivent, et que ceux mêmes qui ne présentent pas un danger immédiat, dans le sens rigoureux du mot, deviennent, dans leurs familles ou dans la société, l'occasion de désordres sans fin, de véritables scandales, jettent la perturbation partout où ils se trouvent, et sont souvent tellement intolérables pour tous ceux qui les entourent, qu'il est indispensable de songer à les isoler.

Malheureusement, dans l'état actuel des esprits et de la législation, les difficultés sont souvent énormes pour faire admettre l'existence d'une folie raisonnante par les parents, par les médecins ordinaires et par les magistrats. Il faut que la maladie existe depuis bien longtemps et qu'elle soit arrivée à un degré très avancé de développement pour qu'on consente à la reconnaître, et alors même que quelques personnes dans l'entourage du malade commencent à être convaincues, d'autres contestent encore et sont prêtes à protester.

Ceci nous amène tout naturellement à dire quelques mots de la loi de 1838, aujourd'hui si injustement attaquée, que l'on accuse bien à tort de favoriser des séquestrations illégales, et qui, au contraire, devient souvent un obstacle à la séquestration, en temps opportun, de certains aliénés raisonnants. Cette loi est assurément excellente dans son ensemble. Elle a été mûrement élaborée par des jurisconsultes sérieux et capables. Appuyés sur les conseils des médecins, ils sont parvenus à concilier, d'une façon vraiment remarquable, les intérêts des aliénés et de leurs familles avec ceux de la société. Œuvre éminemment médicale, cette loi a eu pour but principal et pour résultat immédiat de faire placer de bonne heure les aliénés dans les asiles, à une période où ils sont encore curables, et de favoriser l'intervention du médecin, soit pour soigner, soit pour constater la folie. Aussi, au risque de paraître rétrogrades, devons-nous tous défendre une loi qui n'a fait que consacrer les principes posés par les médecins aliénistes les plus éminents, depuis le commencement de ce siècle, qui a déjà produit beaucoup de bien et qui en produira davantage encore.

Mais conçue principalement à un point de vue médical, elle est aujourd'hui plutôt appliquée au point de vue administratif de la sécurité publique. Au lieu de se demander si un aliéné est curable, on s'inquiète surtout de rechercher s'il est dangereux ou inoffensif.

Or, les médecins aliénistes, connaissant toutes les modifications qui peuvent s'opérer dans le moral des aliénés, selon les moments où on les observe, déclarent qu'ils peuvent tous, sans exception, devenir dangereux ; les administrations, au contraire, dirigées par une idée économique ou pour sauvegarder la liberté des aliénés inoffensifs et leur séjour dans la famille, imposent aux médecins des asiles l'obligation de distinguer pratiquement les aliénés dangereux de ceux qui ne le sont pas. Cette question posée aux médecins spécialistes pour tous les aliénés en général, est surtout difficile à résoudre, lorsqu'il s'agit des aliénés raisonnants. Ces malades, en effet, lorsqu'ils restent dans leurs familles, y deviennent intolérables ; ils mettent le désordre partout où ils se trouvent, sont un objet continuel de luttes et de scandales, et rendent la vie impossible à tous ceux qui les entourent. Lorsque, au contraire, ils viennent à être séquestrés dans un asile, ils y paraissent si raisonnables qu'on ne peut les y conserver longtemps, et l'on est bientôt obligé de les rendre à la liberté. Ils recommencent alors le même genre de vie qui avait déjà provoqué le premier placement et qui en motive un second, la vie en commun étant absolument impossible avec de pareils malades.

Telle est la succession la plus ordinaire des faits qui se produisent dans ces circonstances, et il ne peut guère en être autrement, parce que cela dépend de la nature particulière de cette forme de maladie mentale. Il ne faudrait pas croire pourtant que le plus grand nombre de ces malades fût inoffensif. Les uns, en effet, se portent réellement à des actes violents, justiciables des tribunaux, tels que l'homicide, le vol, l'incendie ou les attentats aux mœurs, et pour ceux-là le doute n'est pas possible. Mais ceux mêmes qui ne semblent pas avoir de penchants violents et qui paraissent inoffensifs dans le monde deviennent au plus haut degré insupportables et nuisibles dans l'intérieur des familles. Pour s'en convaincre il suffit de consulter les faits si nombreux rapportés dans le livre de Trélat, et de tenir compte de l'expérience de chaque jour pour se faire une juste idée des désordres et des malheurs de tous genres qu'entraîne la vie de famille avec de semblables malades. C'est un véritable enfer anticipé, et quand on les connaît réellement, on ne comprend que trop combien la séquestration de ces aliénés peut devenir indispensable pour la sécurité et la tranquillité des familles et de la société.

On s'est même demandé si dans les cas extrêmes, lorsque des actes violents sont à redouter par la mise en liberté de ces malades, leur séquestration ne devrait pas être perpétuelle. Aubanel s'est prononcé en faveur de ce moyen rigoureux pour les aliénés homicides, et d'autres auteurs ont voulu l'appliquer aux aliénés raisonnants, ou du moins aux aliénés dits criminels. Cette question, liée intimement à la création des asiles spéciaux pour les aliénés criminels, comme il en existe en Angleterre et comme Brierre de Boismont et Legrand du Saulle en ont proposé pour la France, est trop importante pour pouvoir être abordée incidemment et elle exigerait un examen spécial. Bornons-nous à dire que, selon nous, la séquestration perpétuelle des aliénés, homicides ou autres, ne peut être proclamée ni repoussée en principe d'une manière absolue; en pratique, sa solution dans chaque cas particulier, doit être, ainsi que l'a dit fort justement Parchappe (1), entièrement abandonnée à la science et à la conscience du médecin de l'asile où se trouvent ces aliénés.

Il en est de cette question comme d'une autre question légale, dont nous devons dire aussi quelques mots, c'est-à-dire du *mariage* des aliénés raisonnants.

Sans doute, il serait désirable, dans l'intérêt des familles et de l'humanité en général, que le vœu émis par Trélat (2) pût être réalisé, et que, lorsque l'état mental de ces aliénés est bien connu du médecin de la famille, celui-ci pût empêcher un mariage qui doit donner naissance à tant de malheurs pour la personne qui s'unit à eux et pour les enfants résultant de cette union. Trélat a eu certainement raison, dans ces cas si malheureux de maladie mentale à forme raisonnante, de chercher à déverser sur la famille de ces aliénés une partie de la sympathie et de la pitié que les tendances philanthropiques de notre époque ont concentré tout entière sur l'aliéné lui-même; car les familles sont souvent alors bien plus à plaindre que les malades.

Mais dans l'état actuel de notre législation et de nos mœurs, lorsqu'il s'agit de mariage, le médecin ne doit pas dépasser la limite du

(1) Parchappe, *Annales médico-psychologiques*, 3e série, t. I, p. 522; 1855.
(2) Trélat, *La folie lucide*.

conseil, et ni lui, ni les lois elles-mêmes, ne peuvent rien imposer contre la volonté des individus ou des familles. Il en est des aliénés raisonnants comme des épileptiques, dont Legrand du Saulle voudrait aussi voir interdire le mariage par une prescription légale. Ce sont là, à nos yeux, des mesures trop rigoureuses et trop sévères pour qu'elles puissent être applicables ; elles ne seraient d'ailleurs jamais mises en pratique, alors même qu'elles seraient décrétées et formulées dans les lois.

Après la séquestration et le mariage des aliénés atteints de folie raisonnante, il nous resterait encore pour parcourir le cercle des principales questions légales et administratives qui concernent ces malades, à dire quelques mots des *séparations de corps*, des *conseils judiciaires* et de l'*interdiction ;* mais je me bornerai à les signaler pour arriver enfin à la quatrième partie de ce travail, c'est-à-dire à la partie médico-légale.

IV. Partie médico-légale.

La folie raisonnante, plus que toute autre forme de maladie mentale, mérite d'être étudiée au point de vue médico-légal. Les difficultés sont plus grandes, en effet, dans ces conditions que dans toutes les autres. Il est souvent très difficile de reconnaître si le sujet examiné est réellement aliéné, parce que l'état de plusieurs de ces malades se rapproche singulièrement de certains caractères de l'état normal, et parce que l'excentricité ou la bizarrerie natives touchent souvent à la folie. Les médecins, même très exercés, peuvent donc hésiter, dans quelques circonstances, pour affirmer si la personne soumise à leur examen est dans un état compatible avec la raison, ou bien si elle a réellement franchi la limite de la maladie. Quelques individus, prédisposés à la folie, sont, en effet, dès leur enfance, fantasques et excentriques ; ils sortent de la ligne commune, sous le rapport de l'intelligence, des sentiments et de la conduite, et ne sont pourtant considérés par personne comme des aliénés. Il est même remarquable que ces êtres exceptionnels conservent souvent pendant toute leur vie ce même degré d'excentricité sans jamais arriver jusqu'à un état de véritable folie.

On ne peut donc admettre un prototype de la raison qui consisterait pour ainsi dire dans l'absence de tout sentiment et de toute passion, type de la raison calme et impassible de certains hommes toujours semblables à eux-mêmes et immodifiables par les circonstances. Cet idéal de la raison n'existe pas dans la nature humaine, telle que nous la connaissons. L'équilibre des facultés est plus instable et plus mobile que ne le comporte ce tableau-type d'une raison absolue, et il faut se représenter l'homme à l'état normal sous une forme moins arrêtée et susceptible de beaucoup de modifications et d'oscillations. On est bien obligé de reconnaître, en effet, que les limites de l'état physiologique sont très variables selon les individus, et qu'elles peuvent osciller entre les deux extrêmes de la raison froide et de la passion exaltée.

Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit dans la première partie de ce travail, ce n'est pas sur ce terrain mouvant des limites flottantes entre la raison et la folie que le médecin légiste doit chercher son point d'appui pour résoudre les questions délicates qui lui sont soumises; c'est sur le terrain solide de l'observation médicale qu'il doit s'efforcer d'asseoir son diagnostic.

Or, deux procédés se présentent naturellement à l'esprit pour établir ce diagnostic dans les cas difficiles.

Le premier consiste à se représenter la raison en général et la folie envisagée dans son ensemble comme deux types contraires, et à chercher des caractères distinctifs entre ces deux types placés en face l'un de l'autre. Opposer la raison, considérée comme un être abstrait, à la folie, maladie unique ayant des caractères généraux, tel est, en effet, le procédé suivi par les philosophes, par les moralistes, par les magistrats, et même par les médecins aliénistes de notre époque. Or, ce procédé, insuffisant pour la plupart des folies, l'est bien plus encore pour les folies raisonnantes, qui ne diffèrent souvent que par le degré de certains caractères de l'état normal.

Cependant ce procédé très imparfait de diagnostic est encore le seul que nous possédions aujourd'hui pour certains cas de folie raisonnante dont la description ne rentre dans aucune des catégories connues de maladies mentales. Mais c'est là évidemment l'enfance de l'art, et nous devons nous efforcer de diminuer de plus en plus

le nombre de ces cas de folie raisonnante *incertæ sedis*, pour lesquels ces moyens généraux de diagnostic sont seuls applicables.

Pour tous les autres faits, au contraire, le véritable criterium du diagnostic pour le médecin légiste consiste à classer le cas particulier soumis à son examen dans une catégorie de maladie mentale bien connue et bien décrite, dans laquelle il puisse le faire figurer à côté d'autres faits anologues, dont les caractères physiques et moraux ainsi que la marche auront été à l'avance nettement déterminés. Alors seulement la médecine légale des aliénés pourra être considérée comme entrée dans une phase vraiment scientifique. Au lieu de disserter, comme l'avocat ou le magistrat, sur les limites abstraites qui séparent la raison de la folie, le médecin légiste restera sur son terrain médical et appliquera aux maladies mentales la méthode adoptée pour le diagnostic des autres maladies.

La médecine légale, science d'application, se réduit ainsi tout entière à une question de diagnostic : *diagnostic général* pour établir l'état d'aliénation mentale ou de folie, et *diagnostic spécial* pour déterminer à quelle espèce ou à quelle variété particulière de maladie mentale appartient réellement le fait en litige.

Pour la folie raisonnante, comme pour toutes les autres formes de la folie, le seul problème à résoudre par le médecin légiste se borne donc à faire rentrer le cas particulier soumis à son examen dans l'une des catégories dont nous avons esquissé la description dans la partie clinique de ce discours, ou bien dans toute autre catégorie dont l'étude scientifique sera faite ultérieurement. Voilà pourquoi nous avons cru devoir nous étendre longuement sur l'étude clinique de ces diverses variétés, avant d'arriver à la partie médico-légale qui se résume pour nous dans une simple question d'application.

Ici s'arrête le rôle du médecin légiste pour ceux qui, comme nous, croient à l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés devant la justice, pour ceux qui pensent que tout individu, reconnu aliéné, quelle que soit d'ailleurs la forme ou le degré de son délire, doit être exonéré de toute responsabilité, soit civile, soit criminelle.

Mais il en est autrement pour les partisans de la responsabilité partielle. Après avoir constaté qu'un malade est atteint de folie raisonnante, ils doivent encore se demander s'il est capable de signer, en connaisssance de cause, certains actes civils ; si un testament

fait par lui peut être déclaré valable ; s'il conserve assez de liberté d'esprit pour donner son consentement au mariage de ses enfants ou pour signer une procuration ; enfin si, en accomplissant un acte réputé crime ou délit, il a eu une conscience suffisante de la valeur de cet acte, de sa nature criminelle ou punissable par les lois, du préjudice qu'il causait à autrui ou des conséquences qui en résulteraient pour lui-même, pour qu'on puisse le considérer comme responsable de cet acte, tandis qu'on le regarderait comme entraîné irrésistiblement pour certains autres. De là une foule de questions médico-légales secondaires, d'une solution extrêmement difficile, qui se présentent naturellement pour les partisans de la responsabilité partielle et qui n'existent pas pour ceux qui proclament l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés.

Pour ma part, je ne fais aucune difficulté d'avouer que s'il est des aliénés qui se prêtent facilement à la théorie de la responsabilité partielle et qui, dans quelques cas rares, déconcertent singulièrement les partisans de l'irresponsabilité absolue, ce sont certainement les aliénés raisonnants. Lorsqu'on entend, par exemple, quelques aliénés ayant, par nature ou par suite de leur maladie, des instincts mauvais et pervers, se vanter publiquement de pouvoir commettre un crime impunément et pousser même d'autres malades à en faire autant, en leur démontrant que leur état de maladie les exemptera de tout châtiment ; lorsqu'on entend d'autres aliénés, affectés de penchant au suicide, raisonner leur projet, en calculer tous les moyens d'exécution avec le sang-froid et le calme apparent d'un homme sain d'esprit ; lorsqu'on entend enfin un malade, comme celui dont a parlé Legrand du Saulle (1), déclarer qu'il se sent entraîné irrésistiblement à se détruire, mais que, dans l'intimité de sa conscience, il a le sentiment profond que, s'il se livrait à une autre action coupable, il se croirait parfaitement responsable parce qu'il aurait la force d'y résister ; lorsqu'on constate, dis-je, de pareils faits, on se prend quelquefois à douter, alors même qu'on est profondément convaincu de l'impossibilité de poser une autre limite que celle de la maladie à la responsabilité et à l'irresponsabilité humaines! Ces malades, en effet, sont souvent doués de tant de facultés qu'on

(1) Legrand du Saulle, *Annales médico-psychologiques*, t. I, 4e série, p. 225; 1863.

serait tenté, à première vue, de leur accorder le droit de disposer d'eux-mêmes, de leur personne et de leurs biens dans l'ordre civil et dans l'ordre criminel. On comprend parfaitement, par exemple, que l'on puisse faire valider un testament rédigé par un malade atteint pendant sa vie de la variété de folie raisonnante que nous avons décrite précédemment et caractérisée par la crainte du contact des objets extérieurs, lorsque, en dehors de ces bizarreries de conduite et d'action, il semble avoir eu la parfaite notion de ses affaires et s'être très bien rendu compte de ce qu'il faisait en donnant son bien à telle personne plutôt qu'à telle autre. Mais, malgré ces difficultés, quelquefois très grandes, que l'on rencontre dans la pratique pour quelques cas exceptionnels, je reste néanmoins très convaincu, pour ma part, que même dans ces cas rares, il y a grand avantage à passer outre à ces inconvénients secqndaires, et à proclamer le principe général qui seul peut tirer le médecin d'embarras dans les cas difficiles, qui seul répond à toutes les situations, coupe court à toutes les objections et permet de triompher de tous les obstacles, c'est-à-dire le principe de l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés sans exception devant la justice, dans les affaires civiles comme dans les affaires criminelles.

Cependant, il reste encore aux partisans de l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés pendant leurs accès, une dernière ressource pour faire valider, dans quelques circonstances, certains actes civils de ces aliénés ou pour les rendre responsables de certains autres, sans être infidèles à la doctrine générale. Cette ressource, c'est celle des intervalles lucides, des intermittences et même des rémissions très prononcées. Puisqu'on est forcé de reconnaître que l'état de folie n'a pas toujours existé chez un individu reconnu aliéné, et que de plus, il est susceptible de guérison, on ne peut s'empêcher d'admettre aussi qu'il existe des folies périodiques ou intermittentes, qu'il peut se produire chez les aliénés des intervalles lucides plus ou moins éloignés ou plus ou moins rapprochés, pendant lesquels ils peuvent recouvrer momentanément la raison et la liberté morale, et que, par conséquent, un homme déclaré absolument irresponsable dans un moment donné de son existence, peut être reconnu responsable dans un autre moment, quelquefois même assez rapproché. C'est dans ce sens seulement que peut, selon moi,

être acceptée dans la science et dans la pratique, la doctrine de la responsabilité partielle de certains aliénés, non pas au même instant, mais dans des instants différents de leur existence. Cet aspect de la question méritait d'être signalé, surtout à propos de la folie raisonnante ou de la folie des actes, qui présente assez fréquemment dans son cours des périodes de rémittence très prononcée, ou même de véritables intermittences. La seule difficulté que l'on puisse alors rencontrer, et elle est souvent très grande, consiste à discerner si l'intermittence est réellement complète et à distinguer une simple rémission, plus ou moins marquée, d'une véritable intermittence, ou d'une guérison momentanée. Mais ici encore c'est à la clinique qu'il appartient d'éclairer la médecine légale, qui se résume dans ce cas, comme toujours, dans une simple question de diagnostic médical.

V. Conclusions.

Arrivé enfin au terme de ce discours, je crois devoir le résumer par les conclusions suivantes, présentées sous forme de questions que je propose à l'examen de la Société médico-psychologique:

1° Peut-on admettre la lésion isolée des facultés humaines, et dans la folie raisonnante en particulier, la lésion des sentiments et des instincts sans trouble de l'intelligence, ou bien doit-on reconnaître l'étroite solidarité d'action de ces facultés, à l'état sain et à l'état maladif?

2° Existe-t-il un criterium absolu pour distinguer la raison de la folie, ou bien ce criterium ne réside-t-il pas dans l'existence d'un état pathologique caractérisé par des symptômes physiques, par des symptômes psychiques multiples et par une marche déterminée?

3° La folie raisonnante, ou folie morale, est-elle une forme ou une variété spéciale de maladie mentale, ou bien n'est-elle qu'une réunion artificielle de faits disparates, dans laquelle il faut chercher à découvrir des groupes plus naturels?

4° Dans quelles circonstances la séquestration est-elle nécessaire ou utile, dans les cas de folie raisonnante, soit au point de vue thérapeutique, soit pour la sécurité des malades, des familles et de la société?

5° Quelles sont les mesures législatives ou administratives à proposer dans les cas de folie raisonnante, sous le rapport du mariage, des séparations de corps, des conseils judiciaires et de l'interdiction?

6° Quelle conduite le médecin légiste doit-il tenir, dans les cas de folie raisonnante, au point de vue des actes civils et criminels accomplis par ces malades? Doit-il accepter le principe de l'irresponsabilité absolue de tous ces aliénés devant la justice, ou bien doit-il, dans quelques cas, proclamer leur responsabilité partielle et dans quelles conditions?

7° Ceux qui n'admettent pas la responsabilité partielle des aliénés, raisonnants ou autres, pendant leurs accès, ne peuvent-ils pas reconnaître la validité de leurs actes civils ou la culpabilité de leurs actes criminels, lorsqu'ils sont accomplis dans l'intervalle des accès, ou même pendant des périodes de rémittence très prononcée?

Telles sont les principales questions que je crois devoir soumettre à l'examen et à la discussion de la Société médico-psychologique.

XIII

FOLIE RAISONNANTE OU FOLIE MORALE (1)

SECOND DISCOURS

Réponse à M. Delasiauve.

— 1866 —

Je n'ai pas l'intention de faire un long discours. Je veux seulement répondre à quelques-unes des attaques qui ont été dirigées contre moi par M. Delasiauve. Il ne me les a pas épargnées. Répondre à toutes, serait chose impossible en une seule séance, tant elles sont nombreuses. Je dois me borner aux principales. Les dissidences sont profondes, en effet, entre M. Delasiauve et moi. Elles portent sur les principes ; dans la question qui nous occupe, nous sommes en quelque sorte placés aux deux pôles opposés. Je n'examinerai donc aujourd'hui que les trois points fondamentaux de son dernier discours, savoir :

1° La solidarité ou l'isolement possible des facultés humaines, à l'état normal et à l'état maladif ;

2° L'existence ou la non-existence de la folie raisonnante comme forme distincte de maladie mentale ;

3° La doctrine de l'irresponsabilité partielle appliquée aux aliénés atteints de folie raisonnante.

I. *Solidarité des facultés.*

J'ai proclamé la simultanéité d'action des facultés instinctives, morales et intellectuelles, à l'état physiologique et à l'état pathologique.

M. Delasiauve l'admet dans le délire général, mais il la nie dans le délire partiel, et il me reproche de m'être borné, en posant ce principe, à une pure assertion, sans en avoir donné la démonstration.

(1) Discours prononcé à la Société médico-psychologique le 29 octobre 1866.

A cette accusation je répondrai que cette question a été bien souvent traitée par les psychologues et les médecins aliénistes de tous les pays ; que beaucoup de grands esprits, parmi les philosophes et parmi les médecins, ont défendu la doctrine à laquelle je me suis rattaché ; que les arguments produits pour ou contre sont en quelque sorte épuisés et ne pourraient être que répétés ; que, du reste, cette question a déjà été discutée plusieurs fois dans le sein de notre Société et que, vu son importance, elle mériterait d'être examinée séparément et non d'une façon incidente, à l'occasion de la folie raisonnante. La doctrine de la solidarité d'action de toutes les facultés de l'âme, ou de leur fragmentation possible, chez l'homme normal et chez l'homme malade, est la base de la psychologie et de la médecine mentale, et chacun de nous appartient nécessairement à l'une ou à l'autre de ces deux écoles. Les uns croient que les facultés, admises par les psychologues pour l'étude de l'âme humaine, représentent réellement des forces distinctes, agissant séparément à l'état normal et pouvant être lésées isolément par la maladie ; ils vont même, comme les phrénologues, jusqu'à les localiser dans des points déterminés du cerveau ; les autres, au contraire, ne voient dans ces distinctions abstraites que des moyens de faciliter l'étude des faits complexes de l'ordre intellectuel et moral, et ne les envisagent que comme des aspects divers d'un même principe, indivisible dans son unité. Les partisans de cette seconde doctrine peuvent bien sans doute admettre des prédominances variées dans le développement relatif de ces divers éléments d'une force unique chez les différents hommes et des prédominances de lésion de chacune d'elles chez les aliénés, mais ils croient que l'action de l'une de ces forces entraîne toujours plus ou moins les autres dans le mouvement général de la pensée, et que leurs lésions sont constamment complexes à l'état pathologique. Ces deux doctrines sont tellement différentes, dans leurs principes et dans leurs applications, que les partisans de chacune d'elles ne peuvent se rencontrer dans les conséquences à déduire de ces principes sur le terrain de la pratique. Mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur cette question. Elle exigerait un examen spécial, et nous avons dû naturellement nous borner à énoncer le principe auquel nous nous rattachions, sans en entreprendre à nouveau la démonstration.

Ceci m'amène naturellement au second grief de M. Delasiauve contre moi, c'est-à-dire à l'application de la psychologie normale à l'étude des maladies mentales.

M. Delasiauve me reproche d'avoir manifesté du dédain pour la psychologie, sans laquelle, dit-il, la connaissance scientifique des maladies mentales n'est pas possible. Mais il y a évidemment, dans ce reproche ainsi formulé, un malentendu qu'il importe d'éclaircir. Je n'ai pas dit que, dans la médecine mentale, on dût négliger l'étude des phénomènes psychiques pour concentrer exclusivement son attention sur les phénomènes physiques. Les plus ardents défenseurs de l'école somatique n'ont jamais soutenu une pareille exagération. Les phénomènes intellectuels et moraux sont évidemment les véritables symptômes des maladies mentales. Aucun médecin ne peut les négliger, ni les passer sous silence ; ils seront toujours, quoi qu'on fasse, l'objet principal de l'observation des aliénistes. Mais autre chose est d'étudier cliniquement et médicalement ces faits psychiques, tels qu'ils se présentent chez les aliénés, ou de chercher à les connaître et à les interpréter, en se servant des procédés usités par les psychologues pour l'analyse de l'homme normal, que l'on se borne à importer purement et simplement dans la pathologie mentale. De tout temps, les écoles philosophiques régnantes ont exercé une influence prépondérante sur les doctrines médicales. A la fin du dernier siècle, les idées de Locke, de Condillac et de l'école sensualiste ont réagi puissamment sur Pinel et sur ses successeurs. Plus tard, d'autres écoles ont influé à leur tour sur les médecins spécialistes en France et à l'étranger. Mais toujours on a voulu appliquer à l'étude des maladies mentales les méthodes et les procédés adoptés par les philosophes pour l'analyse de l'homme normal. Or, c'est cette application particulière des procédés de la psychologie à la connaissance et au classement des maladies mentales que j'ai combattue, et non l'étude directe et clinique des phénomènes psychiques chez les aliénés, qui sera toujours la base principale de la pathologie mentale.

Sans doute M. Delasiauve, dans le discours auquel je réponds, comme dans ses précédents travaux, a eu le soin de proclamer qu'il ne regardait pas non plus les facultés intellectuelles et morales, admises par les philosophes, comme des forces absolument distinctes,

et que, laissant de côté ces abstractions, il se contentait d'étudier les résultats du travail de ces facultés, c'est-à-dire ce qu'il appelle le fonctionnement mental, ou bien encore la théorie des mobiles. Selon lui, les facultés en action produisent des sensations, des idées, des impulsions, des sentiments qui surgissent et s'entre-choquent dans la tête humaine, à l'état physiologique et pathologique, et qui sont les véritables mobiles de nos actions. Or, ces mobiles venant à changer dans l'état pathologique, entraînent l'homme malade dans des directions différentes de celles de l'homme sain d'esprit, quoique les facultés, ou les forces qui leur donnent naissance, soient toujours les mêmes et conservent dans la maladie comme dans la santé leurs caractères propres. Mais tout en attribuant les perversions pathologiques observées chez les aliénés à la modification des mobiles des actions humaines (c'est-à-dire aux changements survenus dans les sensations, les idées, les impulsions et les sentiments), plutôt qu'à l'altération des forces ou facultés primitives de l'âme humaine, M. Delasiauve croit néanmoins à l'existence distincte de ces forces, à leur insolidarité à l'état normal et à leurs lésions isolées à l'état maladif ; il en étudie les altérations séparées comme causes, symptômes et moyens de classement des maladies mentales, et il fait sans cesse des applications de la psychologie normale à la pathologie mentale. Or, c'est sur ce point spécial que je me trouve en désaccord complet avec lui.

II. *La folie raisonnante est-elle une forme distincte de maladie mentale ?*

J'arrive à la seconde question, c'est-à-dire à la question clinique. Sur ce point encore il y a dissidence profonde entre M. Delasiauve et moi.

J'ai cherché à prouver que la folie raisonnante n'existait pas, comme forme ou variété distincte de maladie mentale, et qu'elle n'était qu'une réunion arbitraire et artificielle de faits disparates.

M. Delasiauve, au contraire, cherche à établir que si le mot de *folie raisonnante* est mauvais (et surtout celui de *monomanie raisonnante* d'Esquirol, parce que le délire n'est pas monoma-

niaque mais diffus), la chose doit être conservée, en changeant seulement le nom et en lui substituant celui de *pseudo-monomanie* que M. Delasiauve s'efforce de caractériser d'une manière spéciale. Pour établir cliniquement l'existence de cette forme nouvelle de maladie mentale, M. Delasiauve semble s'être inspiré de l'étude des délires liés aux maladies aiguës, ou des délires toxiques. De même que Moreau (de Tours) (1) s'est représenté le *moi* humain comme assistant, en spectateur passif, à un défilé de conceptions délirantes, d'impulsions, d'illusions et d'hallucinations, se succédant et se remplaçant sur la scène intellectuelle, de même M. Delasiauve semble avoir voulu appliquer cette même théorie à toute une catégorie d'aliénés atteints de délire partiel, qu'il a distingués, par ce caractère général, des autres monomanes tels qu'Esquirol les avait conçus. Pour M. Delasiauve, en effet, ce qui caractérise essentiellement la pseudo-monomanie, c'est la persistance de la conscience intime, au milieu d'une rêverie ou d'une fascination morbide. Le *moi* humain reste intact derrière cette fantasmagorie, que la maladie évoque devant lui et à laquelle il ne participe que par moments et d'une manière indirecte. Les émotions, les impulsions, les sentiments involontaires, les conceptions délirantes, les illusions et les hallucinations se produisent l'une après l'autre sous l'influence de la maladie : l'aliéné, à la fois acteur et témoin dans ce drame improvisé par son délire, est plus ou moins entraîné lui-même, selon les moments, dans le mouvement général de sa pensée, ou assiste plus ou moins indifférent à ce tableau mouvant qui se déroule devant lui dans cette rêverie morbide ; mais aussitôt que cette fascination a cessé de se produire, il reprend rapidement toute sa liberté morale et toute sa lucidité intellectuelle pour apprécier sainement cette fantasmagorie qui n'avait, du reste, jamais pu parvenir à lui faire complètement illusion sur sa réalité. — — Pour M. Delasiauve, il existe donc deux catégories distinctes d'aliénés atteints de délire partiel, les monomanes qui raisonnent juste en partant d'un point de départ faux, comme Esquirol les a décrits, et les pseudo-monomanes, chez lesquels le délire est diffus, multiple, mobile, et participe des caractères de la rêverie morbide

(1) Moreau (de Tours), *le Haschisch ;* 1845.

plutôt que de ceux du délire systématisé. M. Delasiauve a fait ainsi pour la monomanie d'Esquirol ce que M. Baillarger avait déjà voulu faire pour la mélancolie : il a constaté l'existence d'un trouble général, ou d'une confusion générale des idées, dans l'une des catégories des délires partiels expansifs, ou des monomanies d'Esquirol, comme M. Baillarger a vu une dépression générale des facultés dans toute une section des mélancoliques qu'il a fait passer par cela même dans la classe des délires généraux. Ces deux modifications profondes apportées parallèlement à la classification d'Esquirol par deux aliénistes éminents, qui en conservent néanmoins les principes fondamentaux, nous paraissent un premier pas fait dans la voie du renversement complet de cette classification, et concourent à la destruction de la barrière artificielle qui sépare encore aujourd'hui les délires partiels des délires généraux. Mais, laissant de côté cette question générale, revenons à la question spéciale qui nous occupe. Comment cette description de la pseudo-monomanie, sur les détails de laquelle M. Delasiauve a beaucoup insisté dans son dernier discours, peut-elle s'adapter à l'idée que chacun de nous se fait, depuis Pinel et Esquirol, de la folie ou de la manie raisonnante ?

Quel rapport M. Delasiauve peut-il découvrir entre ces deux ordres de faits ? Sur quels caractères communs peut-il s'appuyer pour prouver que sa description de la pseudo-monomanie correspond, à peu de différences près, à la folie raisonnante telle qu'elle est généralement décrite? C'est ce que, pour notre part, nous n'avons pas pu comprendre.

Nous voyons bien la conscience de son état, et l'envahissement involontaire de l'esprit malade par des conceptions délirantes variées et par des impulsions instinctives multiples, dans quelques-unes des variétés de la folie raisonnante, par exemple dans celles que nous avons décrites sous les noms provisoires d'hypocondrie morale et de folie avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs ; mais il nous est impossible de retrouver ces caractères fondamentaux dans les variétés qui représentent plus spécialement le type habituel de la folie raisonnante, c'est-à-dire dans celles où l'on constate l'altération profonde des sentiments et des instincts, avec désordre extrême des actes et avec conservation apparente de l'intelligence.

Dans ces cas, qui seuls mériteraient de constituer la folie raison-

nante si l'on admettait la réalité de cette forme de maladie mentale, nous ne pouvons découvrir les caractères principaux assignés par M. Delasiauve à la pseudo-monomanie. Loin d'avoir la conscience de leur état maladif, ces aliénés ont au contraire la conviction profonde de l'intégrité de leur raison. De plus, les perversions des sentiments et des instincts, ainsi que les actes désordonnés qui en résultent, loin d'être fugaces et mobiles, loin de paraître et de disparaître alternativement sur la scène intellectuelle, peuvent bien sans doute varier de degré selon les moments, mais conservent au fond chez ces malades une fixité et une persistance qui leur donnent toutes les apparences d'un caractère normal et qui découragent tous les efforts de la thérapeutique morale. Sans doute, à cette objection M. Delasiauve pourrait répondre, comme il l'a déjà fait, que j'ai moi-même commis une confusion analogue, en décrivant, dans mon dernier discours, comme faisant partie de la folie raisonnante, cinq variétés de maladies mentales qui ne devraient pas légitimement lui appartenir, et en laissant dans l'ombre celles qui en représentent précisément le type le plus habituel. Mais j'ai eu le soin déjà d'aller au-devant de cette objection. J'ai dit, en effet, que je n'avais accompli que la moitié de ma tâche; après les cinq variétés que j'ai cherché à caractériser, j'ai signalé quatre autres catégories qui devraient encore être étudiées, pour compléter l'ensemble des faits de divers ordres que l'on réunit arbitrairement aujourd'hui sous le nom vague et compréhensif de folie raisonnante.

Je dois donc maintenant dire quelques mots de ces quatre catégories de faits.

1° Je mentionnerai d'abord certains *délires de persécution*, encore mal systématisés, ou en voie d'évolution que les malades parviennent à dissimuler, dont le développement est tout intérieur et qui ne se manifestent au dehors que par l'excentricité des actes, les altérations des sentiments et les désordres de la conduite. Ces aliénés, qui appartiennent en réalité au délire partiel avec prédominance d'idées de persécution se font le centre de tout ce qui les entoure; ils se renferment dans leur orgueil et se croient l'objet de l'attention et de l'animadversion générales; ils interprètent contre eux-mêmes tous les faits les plus insignifiants qui se passent autour d'eux et s'imaginent être victimes de la malveillance, de la haine ou de la répulsion

de tous ceux avec lesquels ils vivent; mais ce système de persécution, n'ayant pas encore revêtu dans leur esprit une forme bien déterminée se maintient, pendant des années, à un degré de vague appréhension et reste entièrement renfermé dans leur for intérieur. Ce travail très lent de systématisation se fait à l'état latent et ne se formule pas dans des séries d'idées nettement accentuées. Les malades n'en font part à personne, concentrent tout en eux-mêmes et n'en laissent que rarement échapper au dehors de faibles linéaments. Néanmoins, leurs sentiments, leurs penchants, leur conduite tout entière, se ressentent de la manière la plus évidente de ce travail intérieur persistant de leur esprit malade; ils fuient le monde, qui les heurte et les blesse de mille manières; ils abandonnent leurs parents et leurs meilleurs amis; leurs sentiments affectueux s'éteignent et se transforment en sentiments de haine et de répulsion; ils se réfugient dans la solitude, renferment tout en eux-mêmes et ne sortent par moments de cet isolement et de cette concentration habituels que pour se livrer à quelques actes désordonnés, bizarres, violents ou nuisibles, qui donnent à la fois la preuve et la mesure du trouble qui existe dans leur intelligence et dans leurs sentiments. Eh bien, ces malades que l'on rencontre plutôt dans la pratique civile que dans les asiles d'aliénés, et dont l'état mental est souvent très difficile à diagnostiquer, sont fréquemment pris pour des aliénés atteints de folie raisonnante, parce que leur maladie se manifeste plutôt par les altérations des sentiments et des penchants et par la bizarrerie des actes que par le trouble intellectuel qu'ils parviennent à dissimuler aux observateurs même les plus exercés.

2° Une seconde catégorie de faits, qui fréquemment aussi est décrite sous le nom de folie raisonnante, est celle que l'on peut appeler l'*exaltation maniaque*. Nous en avons déjà indiqué les principaux caractères, en parlant de la période d'exaltation de la folie circulaire. Le plus souvent, en effet, les aliénés atteints d'exaltation maniaque, dont toutes les facultés sont surexcitées à la fois à un très haut degré. dont les idées, les sentiments et les penchants sont comme en ébullition, et dont les mouvements et les actes multipliés et incessants sont en rapport avec la fermentation générale de leur nature intellectuelle et morale, ces aliénés, dis-je, éprouvent, après cette période d'exaltation plus ou moins intense et plus ou

moins prolongée, une période de dépression très caractérisée et habituellement plus longue que la précédente. Aussi, lorsqu'on observe chez un aliéné un état d'exaltation maniaque, se manifestant plutôt par la surexcitation de toutes les facultés que par leur désordre, on doit toujours chercher s'il n'a pas existé auparavant chez lui une période d'affaissement également très tranchée, ou bien l'on peut prédire son apparition dans un temps plus ou moins rapproché. Car c'est là le fait le plus habituel. Néanmoins, pour rester dans la vérité de l'observation clinique, on doit ajouter que cet état mental particulier, consistant plutôt dans la surexcitation générale de toutes les facultés que dans leur désordre, peut aussi, dans quelques cas rares, exister seul pendant de longues années, sans être un stade prodromique de la manie franche ou sans alterner d'une manière régulière avec la dépression mélancolique. Or, cet état d'exaltation maniaque simple, qui se prolonge quelquefois pendant toute la vie de ces malheureux aliénés, constitue un des types les mieux accusés de ce qu'on est convenu d'appeler la manie raisonnante.

3° Après ces deux variétés, nous devons encore insister sur une troisième qui, plus que toutes les autres, mériterait le nom de *folie raisonnante*, si ce mot devait être conservé dans la science; nous voulons parler de ces aliénés raisonnants que le docteur Morel a fait figurer dans l'une de ses subdivisions de la *folie héréditaire*. Ces individus mal nés, au physique comme au moral, *dégénérés*, comme il les appelle, sont prédisposés dès leur naissance à la folie et passent pour ainsi dire toute leur existence dans un état permanent de folie raisonnante à divers degrés. Si l'on remonte dans l'histoire de leurs ascendants, on y découvre de nombreux exemples d'aliénation mentale et de maladies nerveuses : l'hérédité morbide est en quelque sorte accumulée dans la famille de ces aliénés, qui résument en eux la plupart des caractères maladifs de leur race. Dès leur enfance, ils ont ordinairement manifesté des facultés intellectuelles très inégalement développées, faibles dans leur ensemble et remarquables seulement par certaines aptitudes spéciales ; ils ont montré, par exemple, des dispositions exceptionnelles pour le dessin, le calcul, la musique, la sculpture ou la mécanique, des mémoires exceptionnelles pour les dates ou les événements historiques, et à côté de ces facultés isolément développées, qui les ont fait passer

pour de petits prodiges, ils ont offert la plupart du temps d'énormes lacunes dans leur intelligence et une faiblesse vraiment radicale des autres facultés. Au moral, on a constaté chez eux les mêmes contrastes et les mêmes singularités. A côté de facultés affectives normalement développées, ils ont présenté des instincts pervers, des sentiments dépravés, des penchants violents et incoercibles ; ils se sont livrés à des actes tout à fait étranges, dénotant une mauvaise nature ou une absence complète de sens moral. L'éducation commune dans les pensions ou les collèges a été pour eux impossible ; ils se sont fait renvoyer de toutes les institutions où leurs parents les avaient placés, et la vie de famille elle-même est devenue intolérable, à cause de leurs mauvais penchants et de leur absence complète de sentiments affectueux.

Quelquefois même ils ont été plus loin.

Leurs actes dépravés et coupables les ont fait punir par les tribunaux dès leur jeune âge : ils ont été envoyés dans les maisons de détention ou de correction et dans les prisons.

Arrivés à l'âge de la puberté, ils se sont fait remarquer, entre tous leurs camarades, par la singularité de leur caractère et l'étrangeté de leur conduite ; ils n'ont pu rien faire comme les autres hommes de leur âge, adoptant une profession avec ardeur pour la délaisser bientôt sans motif, passant rapidement par les sentiments et les déterminations les plus opposés, se livrant à tous les excès avec une sorte de frénésie, et étonnant ensuite leurs parents et leurs amis par la solennité de leur conversion ou par l'éclat de leur repentir ; entreprenant les travaux les plus différents et les quittant ensuite pour se livrer à d'autres occupations. Susceptibles, irritables, fantasques, prenant tout avec passion, passant rapidement de l'enthousiasme au découragement, ils ont attiré l'attention de tous ceux avec lesquels ils ont vécu par l'excentricité de leur conduite et par les contrastes inexplicables de leur caractère. Les uns se sont engagés comme soldats, se sont fait condamner pour indiscipline ou pour insultes envers leurs supérieurs, et ont ensuite déserté la profession militaire pour se lancer dans d'autres directions ; d'autres, après avoir étonné par leurs débauches et les désordres de leur conduite, sont entrés dans des maisons religieuses, dans des couvents, se sont soumis aux exigences les plus sévères de ces insti-

tutions et les ont ensuite abandonnées avec éclat pour retourner à leurs anciennes habitudes. Tout, en un mot, a été irrégulier, étrange et désordonné dans le genre de vie de ces êtres incomplets et mal nés, prédisposés héréditairement à la folie raisonnante, lorsque enfin on a commencé à s'apercevoir de leur état maladif, surtout caractérisé par la perversion des instincts, des sentiments et des penchants et par le désordre des actes, mais dont l'intelligence présente aussi de nombreuses lacunes, qui, pour n'être pas aussi saillantes, n'en sont pas moins réelles. Mais alors aussi surviennent de nouvelles péripéties dans leur existence mouvementée. Ils mettent le désordre, l'anarchie et la guerre partout où ils se trouvent. En révolte ouverte avec leurs familles et avec la société tout entière, ils soulèvent partout la répulsion et la haine, et ils réagissent eux-mêmes par des actes violents contre les sentiments qu'ils ont fait naître autour d'eux. Pleins d'insubordination, ils échappent à leurs familles ou à leurs supérieurs, pour mener une vie vagabonde, irrégulière, qui souvent les conduit devant la justice lorsqu'elle ne les amène pas dans les asiles d'aliénés.

Sont-ils mariés, la vie de ménage devient un véritable enfer pour ceux qui se trouvent malheureusement associés à eux, et à la suite de querelles intestines, de luttes cachées et d'horribles souffrances morales, bienheureux sont ceux qui parviennent à obtenir la séparation ou la séquestration légale de pareils êtres, dont la nature morale, incomplète et dépravée, est absolument incompatible avec la vie commune ou avec la vie sociale.

Sont-ils enfin séquestrés dans les asiles, ils deviennent alors le fléau de ces établissements et y suscitent les luttes et les désordres les plus multipliés. Paraissant raisonnables, malgré la profonde altération de leur nature intellectuelle et morale, ils arrivent à convaincre de leur raison quelques membres de leur famille et certains employés des asiles où ils sont renfermés. Ils écrivent des lettres, des réclamations aux autorités, et souvent, après bien des discussions et malgré l'avis contraire du médecin de l'établissement, ils sont remis en liberté par la justice, et recommencent bientôt le même genre de vie vagabonde et irrégulière, qui les fait passer successivement, et souvent un grand nombre de fois, soit devant les tribunaux, soit dans les asiles d'aliénés.

Il n'est pas de médecin spécialiste qui n'ait rencontré dans sa pratique des aliénés de ce genre et qui n'ait eu à subir les funestes conséquences qu'entraîne toujours à sa suite un pareil état mental. Eh bien, certainement, si la folie raisonnante devait être admise comme espèce naturelle de la maladie mentale, ce sont évidemment les malades de cette catégorie qui seuls devraient la constituer à l'état de forme distincte et spéciale. Mais, pour notre part, nous pensons, comme le docteur Morel, qu'ils doivent être rattachés à d'autres catégories plus générales, sans admettre pourtant, avec cet auteur distingué, la détermination de la folie héréditaire, qui nous semble beaucoup trop vaste et trop compréhensive. Quoi qu'il en soit, on nous accordera facilement que le tableau rapide que nous venons de tracer de cette variété si remarquable d'aliénés raisonnants est bien loin de ressembler à celui que M. Delasiauve nous a donné de la *pseudo-monomanie*, et que par conséquent ces deux descriptions ne peuvent s'appliquer à deux états identiques.

4° Enfin (pour terminer cette énumération des états de trouble mental réunis par divers auteurs sous le nom très vague de *folie raisonnante*), nous devons encore mentionner les aliénés désignés généralement sous le nom de *maniaques instinctifs*, malades chez lesquels des penchants pervers, des tendances mauvaises ou des instincts violents se développent périodiquement sur un fond de débilité intellectuelle native, avec une altération permanente du caractère et sans trouble très manifeste des facultés intellectuelles. Ce qui caractérise surtout cette variété d'aliénés dits *raisonnants*, c'est la périodicité des impulsions, au meurtre, au vol, à l'incendie, des tendances érotiques ou des dispositions à boire, qui surgissent, avec plus ou moins d'irrésistibilité, au milieu d'un trouble mental à forme raisonnante. Tous les auteurs qui ont traité de la folie raisonnante et en particulier Prichard, ont cité des exemples de ce genre, pêle-mêle au milieu d'autres observations appartenant aux diverses catégories dont nous avons parlé précédemment, et ces états spéciaux mériteraient surtout d'être étudiés et distingués avec soin, au point de vue médico-légal. Or, on m'accordera facilement que c'est là encore un type d'aliénés raisonnants qui ne ressemble guère à celui que M. Delasiauve nous a décrit sous le nom de *pseudo-monomanes*.

De cette esquisse rapide de quelques variétés de la folie raisonnante, ajoutées à celles que j'ai signalées précédemment, je me bornerai à conclure que ces différents types sont loin de ressembler, soit les uns aux autres, soit au tableau que M. Delasiauve nous a tracé de la pseudo-monomanie. Il nous semble donc que cet éminent collègue, en changeant la dénomination de cet état, et en faisant un nouvel essai de délimitation des faits réunis sous le nom de *folie raisonnante*, n'a pas réussi à établir l'existence de cette forme distincte et spéciale de maladie mentale, comme méritant une place à part dans le cadre nosologique ; et selon nous, la pseudo-monomanie de M. Delasiauve, comme la folie raisonnante des autres auteurs, ne constitue qu'une réunion arbitraire de faits disparates.

III. *Irresponsabilité absolue et responsabilité partielle.*

Sur ce point encore j'ai le regret de me trouver en désaccord avec M. Delasiauve.

Il pense que les pseudo-monomanes, ou en d'autres termes les aliénés raisonnants, peuvent être considérés comme responsables de certains actes civils ou criminels accomplis par eux en dehors de la fascination morbide. Cette conséquence médico-légale résulte naturellement pour M. Delasiauve de la façon dont il a compris l'état mental des pseudo-monomanes. Ainsi que nous le disions précédemment, il se représente l'état de ces malades comme essentiellement mobile, selon les instants où on les observe. Il admet que le *moi* humain, ou la personnalité humaine, peut rester intact, même au milieu de la fermentation d'idées et de sentiments que la maladie produit dans leur intérieur. Chez le pseudo-monomane, dit-il, les idées bizarres, les sentiments altérés, les impulsions involontaires, les illusions et les hallucinations, en un mot les mobiles délirants, se remplacent et se succèdent avec une extrême rapidité dans la tête malade, et poussent souvent l'aliéné à des actes désordonnés, dangereux ou nuisibles, suivant la nature de l'idée ou du sentiment qui surgissent involontairement, sous l'influence de la maladie ; mais ces éclosions de phénomènes morbides sont extrêmement variables selon les moments où l'on observe ces malades. Tantôt le *moi* hu-

main, assistant en spectateur passif à cette fantasmagorie intellectuelle, est plus ou moins ému ou entraîné par elle, et cesse alors de pouvoir se diriger lui-même ; tantôt, au contraire, il est simple témoin attentif mais indépendant de cette succession rapide d'idées et de sentiments, et il conserve alors toute la liberté de son jugement et de ses déterminations, au milieu de cette tempête intérieure qui ne tarde pas à se dissiper au souffle de sa raison. Eh bien, dit M. Delasiauve, lorsque les actes accomplis par les pseudo-monomanes sont le produit des mobiles délirants, ou de la fascination morbide, ils doivent être attribués à l'état maladif, et l'individu doit être considéré comme irresponsable; mais s'ils sont au contraire étrangers à la sphère du délire, s'ils se sont produits en dehors de son influence, le *moi* humain, ayant conservé toute sa liberté d'appréciation et de volonté, doit être regardé comme responsable des actes qui, loin d'être le résultat des mobiles délirants, ont été accomplis en parfaite connaissance de cause. Voilà comment la théorie de la responsabilité partielle chez les aliénés raisonnants est pour M. Delasiauve la conséquence naturelle de la manière dont il a conçu la pseudo-monomanie.

Pour notre part (nous l'avons déjà dit plusieurs fois au sein de cette Société), nous ne pouvons comprendre de pareilles distinctions et nous ne pouvons admettre ce mode d'interprétation des faits observés chez les aliénés, raisonnants ou autres. Cette doctrine nous paraît, non seulement fausse dans son principe, mais extrêmement dangereuse dans ses applications. Elle suppose une fragmentation des facultés humaines, une scission de la personnalité qui est contraire à l'observation, aussi bien chez l'homme normal que chez l'homme malade, et elle a l'inconvénient grave d'abandonner, dans la pratique, l'appréciation de chaque cas particulier à l'arbitraire et au caprice du jugement individuel de chaque médecin-expert. Qui pourrait se flatter, en effet, chez un aliéné accusé d'un crime ou ayant signé un acte civil, de doser avec exactitude le degré d'entraînement que le *moi* humain a eu à subir, à un moment donné, et le degré de résistance qu'il a pu y opposer? Or c'est sur une appréciation aussi délicate que M. Delasiauve et les autres partisans de la responsabilité partielle des aliénés raisonnants, veulent faire reposer le criterium médico-légal qui doit servir à décider de

la vie, de la fortune et de l'honneur de ces malheureux malades et de leurs familles ! Nous n'avons pas à insister davantage ici sur ce sujet, que nous avons déjà traité plusieurs fois devant la Société, non seulement à l'occasion des fous raisonnants, mais à propos de tous les aliénés en général ; mais nous sommes obligé d'avouer que l'argumentation, du reste si habile de M. Delasiauve, relativement à la situation mentale des pseudo-monomanes, n'a pas pu encore ébranler nos convictions à cet égard. Nous ne pouvons nous décider à abandonner le criterium généralement admis qui sert de base à notre législation actuelle, et qui peut se résumer ainsi : Tout aliéné, quel qu'il soit, doit être regardé comme absolument irresponsable légalement de tous les actes civils ou criminels accomplis par lui pendant la durée de son état maladif. Ce criterium absolu nous paraît encore le seul qui donne à la médecine légale des aliénés une base vraiment scientifique qui puisse placer le médecin-expert sur un terrain solide et inébranlable.

Je désire seulement aujourd'hui dire quelques mots de trois circonstances dans lesquelles la doctrine de l'irresponsabilité absolue des aliénés peut présenter certaines difficultés d'application, ou subir en pratique quelques adoucissements, tout en conservant en principe toute sa rigueur. Je veux parler des actes civils comparés aux actes criminels, des périodes de rémissions, intervalles lucides et intermittences, enfin, des états de trouble mental étrangers à la folie proprement dite.

1° *Actes civils.* — Sous le rapport des actes civils signés par les aliénés raisonnants, on concevrait qu'il pût exister plus de doutes, dans l'esprit de quelques médecins, pour l'application de la doctrine de l'irresponsabilité de tous les aliénés sans exception, que pour les actes criminels accomplis par ces mêmes malades. On comprend, en effet, plus facilement qu'un malade atteint de délire partiel puisse être regardé comme capable de signer une procuration, de donner son consentement au mariage de ses enfants, ou même de rédiger un testament pouvant être reconnu valable, qu'on ne le conçoit punissable pour un acte réputé criminel. Sous ce rapport, les magistrats et les médecins sont même, en général, placés à deux points de vue diamétralement opposés ; les premiers, dans leurs décisions, semblent surtout avoir souci de la fortune et des intérêts matériels des aliénés et de leurs familles ; les autres, au contraire, sont plutôt préoccupés

de leur vie et de leur honneur, en cherchant à les préserver d'une condamnation imméritée. Plusieurs auteurs ont, en effet, établi une distinction entre les questions civiles et les questions criminelles, au point de vue de la responsabilité légale des malades affectés de délire partiel. J'ai moi-même soutenu cette opinion, pour quelques cas très rares, dans mon premier discours sur la responsabilité des aliénés. Mais je reconnais volontiers maintenant que, proclamer ces exceptions, pour la capacité civile de certains aliénés, c'est tomber dans une contradiction avec le principe général de l'irresponsabilité absolue : or, ce principe ne peut avoir de valeur qu'à la condition d'être admis sans restriction aucune, et concéder aux adversaires une différence entre la capacité civile des aliénés et leur responsabilité criminelle, ce serait entrer dans la voie des interprétations individuelles qui est celle des magistrats et où les médecins ne doivent pas s'engager. Je conclus donc que les fous raisonnants, ainsi que les autres aliénés, doivent être regardés comme aussi incapables de signer un acte civil valable, qu'irresponsables pour un acte dit criminel. Pour ces aliénés, comme pour tous les autres, le médecin-expert doit se borner à constater l'existence de l'aliénation mentale, au moment de l'exécution de l'acte, et de cette simple constatation découlent nécessairement, l'irresponsabilité pour l'acte criminel et l'incapacité absolue pour l'acte civil. Au lieu d'étudier, comme les magistrats, l'acte civil en lui-même, le testament, par exemple, dans son texte, dans sa rédaction, dans ses diverses clauses, et de le valider ou de l'invalider d'après les circonstances qui résultent de cette étude directe de l'acte lui-même, c'est sur l'individu malade seul que doit porter l'investigation du médecin expert et c'est sur cet examen qu'il doit faire reposer ses conclusions. Je sais bien que cette doctrine générale est contraire à la jurisprudence actuelle et à la manière habituelle de procéder de nos tribunaux ; mais elle me semble la seule en rapport avec l'esprit général de notre législation, qui proclame que tout acte civil ou criminel doit être considéré comme sans valeur, s'il a été accompli par un individu qui n'était pas sain d'esprit au moment de sa perpétration. Il n'y a, selon moi, que deux circonstances qui puissent permettre, dans certains cas particuliers, une infraction à cette loi générale, et ce sont celles qui me restent maintenant à examiner.

2° *Rémissions, intervalles lucides et intermittences.* — La folie raisonnante présente souvent dans sa marche de grandes inégalités et des suspensions plus ou moins complètes de l'état maladif. On peut donc admettre que, dans ces intervalles, l'aliéné puisse être regardé comme responsable de ses actes, ou considéré comme en état de faire un testament ou d'autres actes civils susceptibles d'être validés par les tribunaux. C'est une chose en effet bien différente que de vouloir scinder la responsabilité humaine d'un individu dans un même moment ou à diverses époques de sa maladie. Ceux qui ont observé beaucoup d'aliénés ne peuvent pas nier qu'il existe chez eux de grandes variations dans le degré de leur affection selon les instants où on les observe. De plus, il est connu de tous, quoique la réalité du fait ait été niée par quelques auteurs, qu'il existe quelquefois chez les aliénés de véritables intervalles lucides de très courte durée, pendant lesquels ils peuvent recouvrer momentanément toute leur liberté morale ; enfin, on constate bien plus fréquemment encore des suspensions plus prolongées de la maladie, pendant des semaines, des mois, ou des années, dans les formes des affections mentales connues sous les noms de folies périodiques ou intermittentes. Or, de même qu'on est bien forcé de reconnaître qu'un aliéné guéri, ou revenu à la raison, doit jouir de nouveau de tous ses droits civils et récupérer toute la responsabilité de ses actes, le même principe est évidemment applicable aux intermittences bien caractérisées, qui ne sont en réalité qu'un état de guérison temporaire. Par une extension toute naturelle de ce principe, on doit accorder le même privilège ou le même bénéfice aux actes des aliénés accomplis dans les intervalles lucides, qui ne sont aussi qu'une intermittence de plus courte durée. Enfin, on peut même l'étendre aux périodes de rémittence extrêmement prononcée, qui sont caractérisées par un retour à peu près complet à la raison et pendant lesquelles on peut encore admettre que l'aliéné a recouvré une lucidité d'esprit et une liberté de choix et de décision suffisantes pour qu'il soit possible de le regarder comme responsable de ses actes et capable de rédiger un testament, ou tout autre acte civil, que les tribunaux pourront légalement valider.

Dans ces circonstances seulement et dans ces limites bien déterminées, la théorie de la responsabilité des aliénés, raisonnants ou

autres, peut, selon nous, être admise par les médecins, sans devenir infidèles à la doctrine générale que nous avons établie. C'est là une responsabilité variable chez un même aliéné dans des moments différents, selon les périodes de son affection, et non dans le même instant, suivant la diversité des actes auxquels elle s'applique. Ce sont évidemment deux doctrines essentiellement distinctes, qui ne peuvent être confondues en aucune façon, et c'est en cela principalement que notre opinion diffère profondément de celle qui a été soutenue par M. Delasiauve.

3° *États de trouble mental étrangers à la folie proprement dite.* — Un dernier point nous reste enfin à toucher rapidement pour terminer notre réponse à M. Delasiauve, est ce point et le plus délicat de tous. Nous voulons parler des états de trouble mental qui peuvent devenir l'objet d'une expertise médico-légale au point de vue de la responsabilité, et qui pourtant ne rentrent pas scientifiquement dans le cadre de la folie proprement dite. Ici les hésitations et les perplexités du médecin légiste peuvent devenir très grandes, et il n'est plus possible alors de poser un principe absolu, comme pour les faits d'aliénation mentale caractérisée. Souvent, par exemple, les médecins spécialistes sont consultés par les tribunaux pour juger de l'état mental de certaines femmes, ayant commis un délit ou crime sous l'influence de troubles de la menstruation, pendant la grossesse, ou à la suite de l'accouchement, sans être pourtant dans un état véritable de folie ; fréquemment alors on a vu ces médecins, s'appuyant sur l'observation des phénomènes pathologiques variés constatés chez des personnes placées dans ces conditions exceptionnelles, conclure chez elles à l'absence de la responsabilité morale.

Dans d'autres circonstances, il s'agit de malades hystériques ou épileptiques, qui ne peuvent nullement être regardés comme aliénés, et qui pourtant commettent des actes paraissant être sous la dépendance de leur maladie nerveuse et pouvant, partant, motiver l'indulgence, ou même l'exonération complète. D'autres fois, on est consulté pour des individus adonnés à des habitudes d'ivresse sous des influences pathologiques, sans être réellement atteints d'alcoolisme aigu ou chronique, et pour lesquels les médecins peuvent également réclamer le bénéfice des circonstances atténuantes, sans cependant les faire passer pour des aliénés.

Il en est de même de beaucoup de faibles d'esprit, d'individus mal nés ou incomplètement développés, qui, sans pouvoir être classés parmi les imbéciles ou les idiots, ont néanmoins une nature intellectuelle et morale si défectueuse, qu'il n'est pas possible à un médecin interrogé par les magistrats, à l'occasion d'un crime ou d'un délit commis par eux, de les considérer comme jouissant de l'intégrité de leurs facultés et de leur liberté morale. Enfin, dans un certain nombre d'affections cérébrales, autres que la folie, telles que les tumeurs du cerveau donnant lieu à l'affaiblissement intellectuel, et certains cas chroniques de ramollissement ou d'hémorragies cérébrales anciennes, n'ayant pas réellement entraîné la perte de la raison et du libre arbitre, il est également possible pour le médecin expert d'hésiter avant de se prononcer sur la validité d'un testament rédigé dans ces conditions, ou sur la culpabilité d'un acte incriminé. Or, dans toutes ces circonstances, qui n'appartiennent pas au domaine de l'aliénation mentale pleinement confirmée, de même que dans les cas si fréquents de simple prédisposition à la folie, et dans les périodes prodromiques ou de développement des maladies mentales, nous comprenons parfaitement que le médecin légiste doive abandonner le principe rigoureux de l'irresponsabilité absolue, qui ne s'applique qu'aux faits de folie bien caractérisés, pour faire appel à l'appréciation individuelle de chaque cas particulier. C'est alors que la doctrine de la responsabilité partielle, telle que la comprend M. Delasiauve, et sa théorie de la pseudo-monomanie (dans laquelle il a fait rentrer plusieurs de ces états mixtes qui devraient, selon nous, être exclus de son cadre), peuvent rendre de véritables services au médecin légiste.

Mais, tout en reconnaissant que les limites scientifiques qui séparent ces états de trouble mental de la folie proprement dite ne sont pas rigoureusement tracées, nous persistons à penser que la théorie de la responsabilité partielle doit être repoussée absolument, aussi bien pour les diverses variétés de la folie raisonnante que pour toutes les autres formes bien déterminées des maladies mentales.

XIV

LA FOLIE A DEUX OU FOLIE COMMUNIQUÉE (1)

(EN COLLABORATION AVEC LE Dr CH. LASÈGUE)

— 1877 —

Il est de principe que l'aliéné, quelle que soit la forme de sa maladie, résiste avec une obstination vraiment maladive à tous les arguments qu'on peut faire valoir à l'encontre de son délire. La contradiction l'arrête ou le laisse indifférent, mais elle ne change rien au fond de ses idées. Intimidé ou déjà sur la voie de la guérison, il consent tout au plus à se taire, mais son intelligence ne bénéficie pas de ces réticences calculées. Il est, sous ce rapport, comparable, à quelque degré, aux enfants qui renoncent devant la menace à l'expression de leur sentiment, tout en s'ingéniant à montrer qu'ils ne s'engagent pas au delà d'une concession apparente. Si la folie n'excluait pas la persuasion, elle ne serait qu'une erreur au lieu d'être une maladie.

Par compensation, l'aliéné n'agit pas plus sur les gens sains d'esprit, que ceux-ci n'agissent sur lui. On a dit que l'aliénation était contagieuse, et que la fréquentation des malades ne devait pas être considérée comme exempte de danger pour ceux qui vivent en contact avec eux. La chose peut être vraie pour les prédisposés, en quête d'une occasion ; elle est absolument fausse pour l'immense majorité des hommes raisonnables. Les infirmiers des asiles ne sont pas plus exposés que ceux des hôpitaux, et la cohabitation avec les malades n'entraîne pas, pour la famille, plus de danger. De même qu'on ne réussit pas à les convaincre, de même les fous ne parviennent pas à persuader ; pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'ils eussent à leur service des ressources morales et intellectuelles

(1) Extrait des *Archives générales de médecine*, numéro de septembre 1877.

incompatibles avec leur état pathologique ; le prosélytisme, quand il s'agit d'idées étranges auxquelles répugne la raison, n'est pas une œuvre facile, et elle n'aurait de chances de succès qu'en se dépensant dans une lutte infatigable. Or, l'aliéné vit étranger à l'opinion des autres ; il se suffit à lui-même et peu lui importe, tant sa croyance s'impose avec une autorité irrésistible, qu'on veuille ou non le suivre sur le terrain dont on ne le dépossédera pas.

Il s'établit ainsi une ligne de démarcation absolue qui n'admet pas de compromis.

Si la vie commune avec les aliénés est nuisible, et elle l'est souvent, ce n'est pas en vertu d'une contagion du délire. L'assistant ne se résigne pas d'emblée à subir le fait accompli; il espère qu'une éclaircie permettra à la raison de ressaisir son pouvoir, et, fort de cette confiance, il entame l'éducation du malade. L'insuccès l'irrite ou le décourage; il surmène sa force de résistance et l'épuise. Quand cette série de tentatives se prolonge avec les perplexités qu'elle entraîne, les caractères fortement trempés sont les seuls qui n'en subissent pas la fâcheuse influence. Plus les liens qui attachaient l'assistant à l'aliéné sont étroits, plus le zèle est ardent et la fatigue considérable. En revanche, les indifférents échappent à la fois à ce travail inutilement douloureux et à ses conséquences.

Les choses se passent ainsi dans la supposition d'un délire absolu en regard d'une intelligence correcte. C'est heureusement la condition la plus fréquente, mais il existe des cas où la scission entre l'aliéné et ceux qui vivent dans sa familiarité n'est pas aussi formelle, et c'est à ces faits exceptionnels qu'est consacrée cette étude.

Le problème comprend alors deux termes entre lesquels il s'agit d'établir une équation : d'une part, le malade actif; de l'autre, l'individu réceptif qui subit, sous des formes et à des degrés divers, son influence.

Seul, livré à ses instincts pathologiques, l'aliéné est relativement facile à examiner ; il a le goût, l'appétit même d'énoncer les idées qui l'obsèdent, ou il se résout à un mutisme systématique qui n'est pas moins significatif. Une fois qu'on a pénétré dans la place, elle est d'autant plus aisée à explorer qu'elle est moins ouverte au monde extérieur.

Il en est tout autrement de son complice involontaire et incon-

scient. Raisonnable à demi, raisonnant beaucoup, prêt à faire aux objections des sacrifices provisoires, apte à prendre son point d'appui en dehors des conceptions délirantes qu'il n'a pas créées, auxquelles il a souvent résisté pendant une assez longue période de temps, il échappe. Ses convictions demi-morbides, demi-motivées, sont loin d'avoir l'assise inébranlable des conceptions délirantes. C'est tout un travail d'enquête psychologique, de discerner, au milieu de ces éléments assez confus, la part qui revient au contagium et celle qui appartient à la nature mentale du confident.

A un autre point de vue, l'aliéné subit la pression de celui qui s'associe à ses divagations, les encourage, les coordonne et les adapte plus ou moins à la vraisemblance. Pour que cette solidarité, dont ni l'un ni l'autre n'est conscient s'établisse, il faut un concours de circonstances dont il n'est pas impossible de se rendre compte.

L'aliénation brutale, en dehors des possibilités, ne sollicite pas et n'obtiendra jamais l'adhésion des assistants ; par contre, les délires qui côtoient la vérité ont d'autant plus de chance d'acquiescement, qu'ils s'accommodent mieux à un sentiment, ou comme auraient dit les théologiens, maîtres en casuistique morale, qu'ils flattent davantage une concupiscence humaine.

L'aliéné qui affirme un fait notoirement faux est à l'instant convaincu d'imposture. L'objet qu'il regarde n'est pas visible à ceux qu'il ne saurait entraîner dans la sphère de son hallucination ; la voix qu'il entend n'est pas perçue ; la persécution organisée, rendue publique par les journaux ou par les écrits, n'a à son avoir ni livres, ni feuilles périodiques. Il n'y a pas à dire qu'un autre aliéné pourrait être séduit ; les aliénés confirmés n'ayant jamais de ces docilités et restant maîtres absolus de leur délire.

Si, au contraire, le malade se maintient dans le monde des conjectures et des interprétations, si les faits qu'il invoque appartiennent au passé ou ne sont que des appréhensions pour l'avenir, le contrôle direct devient impossible. Comment prouver à un autre et à soi-même que l'événement, dont l'aliéné raconte les détails avec une prolixité persuasive, n'a pas eu lieu. La leçon qu'il s'est apprise à lui-même n'admet ni variantes, ni lacunes; sa mémoire est topique parce qu'elle fait exception de tout, à l'exclusion des idées mala-

dives. On ne le prend jamais en défaut, à quelque date que remonte l'aventure, et sa persuasion, à force d'être monotone et circonscrite, devient communicative.

L'assistant néanmoins ne consent à se laisser convaincre que si l'histoire l'intéresse personnellement; or, les deux sentiments qui se prêtent le mieux à cette façon d'entraînement sont, à coup sûr, la crainte et l'espérance. L'un et l'autre n'empruntent aux réalités présentes qu'un point de départ ; leur domaine vrai est dans l'avenir, et partant dans l'inconnu. Autant il est facile à un homme d'acquérir la certitude que vous n'êtes pas riche, autant il lui est malaisé de garantir que vous ne le deviendrez pas. Le législateur, en définissant l'escroquerie, impose une pénalité à « quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique..., aura escroqué ou tenté d'escroquer la totalité ou partie de la fortune d'autrui ». Qu'on supprime toutes les épithètes qui impliquent une responsabilité de la part du délinquant, et on aura la formule des délires qui trouvent des adhérents.

La conformité d'idées répond à une conformité de sentiments, toutes les fois qu'il s'agit d'un possible et que la raison ne se révolte pas. Or, les aliénés, dont les conceptions délirantes se dépensent en prévisions inquiétantes ou consolantes, sont, en somme, ceux qui se rapprochent le plus de l'état physiologique. On pourrait, par des gradations insensibles, marquer le passage des simples dispositions de caractère à la folie, en commençant par les gens craintifs ou enclins à d'infatigables espérances, pour aboutir aux aliénés terrifiés, aux mélancoliques absorbés par une appréhension incessante, ou aux ambitieux à satisfactions toujours prochaines. Cette forme d'*aspiration* délirante n'éveille donc pas une répulsion, et, à ses degrés moyens, elle appelle moins la négation que le doute. Combien de fois le médecin, même expérimenté, se demande-t-il si l'entrée en matière n'a pas été un accident réel, au lieu d'être un événement chimérique, et hésite-t-il entre une exagération et une aberration sentimentale.

Dans le délire à deux, l'aliéné, l'agent provocateur, répond, en

effet, au type dont nous venons d'esquisser les principaux traits. Son associé est plus délicat à définir, mais avec une recherche persévérante, on arrive à saisir les lois auxquelles obéit ce second facteur de la folie communiquée.

La première condition est qu'il soit d'une intelligence faible, mieux disposée à la docilité passive qu'à l'émancipation; la seconde qu'il vive en relation constante avec le malade; la troisième qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel. On ne succombe à l'escroquerie que par la séduction d'un lucre, quel qu'il soit; on ne cède à la pression de la folie que si elle vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé.

Nous envisagerons successivement chacune de ces données d'après les renseignements que fournit l'observation.

I

Les enfants, appréhensifs par nature, confinés dans un milieu sans expansion, sont disposés au premier chef, à devenir les échos d'un délire auquel on les associe. Leur raison indécise n'engage pas la lutte et pour peu que l'aliéné les ait faits partie prenante, ils espèrent ou ils craignent pour leur propre compte avec l'égoïsme inhérent à leur âge. Leur foi, dans quelques cas, va si loin, que l'aliéné lui-même hésite à les suivre et qu'à première vue on croirait que les enfants ont créé les délires dont ils sont le reflet. En général, et sauf de très rares exceptions, les conceptions ainsi transmises sont plus terrifiantes qu'agréables. On sait combien les enfants prédisposés aux troubles cérébraux sont accessibles à la crainte. Les manifestations spontanées consistent dans des frayeurs au moment du sommeil, des craintes dans l'obscurité, des rêves à cauchemar, des peurs de dangers imaginaires ou d'individus menaçants; les manifestations provoquées artificiellement se meuvent dans la même sphère. Les joies de l'avenir les touchent peu; c'est plus tard seulement, quand avec la raison croissante, la prévision s'est mieux assise qu'apparaissent les aspirations envieuses vers le plaisir, la fortune, etc. qui ne se développent guère que plusieurs années après l'éclosion de la puberté, quand l'enfant est tout près d'être un homme.

Observation I. — Deux vieilles filles ont recueilli, comme l'unique héritage d'une de leurs sœurs, une petite orpheline, grêle, pâle, âgée de huit ans. La vie est difficile et les ressources au-dessous des besoins. Une des sœurs vient à mourir et son travail manquant, l'existence est encore plus étroite : l'autre sœur est prise d'un délire de persécution vulgaire, à forme sénile. Les voisins se sont ligués contre elle ; des voix l'injurient ; des bruits auxquels elle attribue un sens menaçant se produisent. L'aliénation avance par un progrès lent ; au bout de quatre années, elle a pris de telles proportions que les habitants de la maison s'inquiètent.

L'enfant, qui sort à peine pour les commissions urgentes, tandis que sa tante refuse de quitter sa chambre où elle s'enferme, est questionnée. On apprend d'elle que de méchantes gens ont essayé de l'empoisonner, ainsi que sa tante ; toutes deux ont éprouvé de graves accidents ; des ennemis sont entrés pendant la nuit pour l'arracher à la protection de sa parente ; à toutes les questions elle répond avec la lucidité des enfants que la cohabitation des vieillards a mûris avant le temps. Ses assertions sont d'autant plus plausibles qu'elles représentent la folie de la malade absente, atténuée, émondée par la nièce qui n'est pas une aliénée.

Il survient alors un fait curieux que nous avons vu se reproduire bien des fois. Les conceptions délirantes, réduites à leur plus faible expression en passant par la filière d'une intelligence demi-saine, sont plus près de la raison qu'aucune idée engendrée dans le cerveau d'un aliéné. Les auditeurs ont moins de répugnance à se rendre ; les objections qu'ils élevaient ont été accueillies ; l'enfant a renoncé à quelques-unes de ses énonciations, dont on lui montrait l'impossibilité ; celles qui restent n'en ont que plus de valeur. L'expérience est conforme à la règle déjà posée que : moins le délire est brutal plus il devient communicable.

Les voisins prennent fait et cause pour l'enfant ; ils en appellent à l'autorité, imaginant une fable romanesque de nature à justifier ces prétendues persécutions. L'enquête et l'examen auquel procède un de nous ne laissent subsister aucun doute. La malade est placée dans un asile, et l'enfant dans un orphelinat, où elle guérit de cette maladie pour ainsi dire parasitaire ; mais les gens du quartier conservent encore des soupçons et ne se déclarent pas satisfaits.

Dans d'autres cas, la participation de l'entourage est plus active ; non seulement il accueille, mais il provoque les confidences et, en passant de bouche en bouche, le récit se rectifie ou s'amplifie. L'enfant se trouve alors entre deux courants. L'un, celui de l'aliénée, qui a été le promoteur de ces conceptions, l'autre, celui des assistants, qui atténuent les invraisemblances et complètent les côtés admissibles au gré de leurs passions. Dévoyé par l'un, redressé par les autres, l'enfant finit par croire à ces inventions de seconde main.

Cette double culture était très marquée dans un fait que nous mentionnerons, sans entrer dans des détails intéressants, mais qu'il serait trop long de rappeler.

Observation II. — Il s'agit encore d'une jeune fille élevée cette fois par sa mère, que le père a laissée dans la misère pour s'enfuir on ne sait où. La mère est persécutée, mais son délire, sans complications de senilité, (elle a quarante ans) porte sur des objets définis. Ce sont les prêtres, un surtout, qui se sont acharnés contre elle et l'empêchent de trouver du travail. La fille a seize ans, scrofuleuse, chlorotique, de taille et de stature moyennes, à l'intelligence peu développée. Elle n'a appris que laborieusement à lire, a peu fréquenté l'école, n'a été astreinte à aucun apprentissage. La mère et la fille vivent dans une étroite communauté de la petite pension que leur fait un parent plus aisé ; elles habitent la même chambre, couchent dans le même lit et ne se quittent jamais. L'enfant répète aux voisins les propos délirants de la mère ; elle affirme avec elle qu'un prêtre vient chez elle de temps en temps, le soir quand elle est couchée, que les lumières sont éteintes et qu'il les menace. Sa mère l'entend, quoiqu'il parle à voix basse, et elle aussi, mais confusément. Au matin, sa mère lui répète tout, et elle se souvient bien d'avoir entendu.

Les confidents se communiquent les détails de cette étrange aventure et y ajoutent des commentaires. Il leur plaît de découvrir que ce prêtre imaginaire en veut à la vertu de la fille et ils le lui persuadent aisément. De là, plainte, examen médical et constatation de la folie caractérisée de la mère.

Dans ces deux faits, comme dans tous les autres qu'il nous a été donné d'observer (et ils sont assez nombreux), la folie a pris nais-

sance chez l'adulte et s'est déversée sur l'enfant ; elle a consisté dans un délire de persécutions tout appréhensif.

Nous ne citerons qu'une brève observation, et au lieu d'un exposé, nous donnerons pour ainsi dire la sténographie du récit auquel se sont associées les deux malades. Le fait ainsi rapporté est brute et presque brutal, mais à ce titre il devient saisissant et donne pour ainsi dire la note caractéristique de la situation.

Observation III. — La femme M..., a trente-cinq ans, sa fille en a treize. Le délire vulgaire date environ de quatre mois et c'est sur les plaintes des voisins que la mère a été soumise à un examen médical. Elle est de taille moyenne, amaigrie, pâle et presque fébrile; physiquement, elle se plaint de nausées fréquentes, d'insomnie, de fatigue sans maladie. Des troubles gastriques assez accentués sont attribués par elle à des tentatives répétées d'empoisonnement. Elle sent dans la bouche comme un goût de safran qui l'abrutit et qui l'énerve ; elle a trouvé d'ailleurs du safran dans ses aliments.

« Ça a commencé, dit-elle, qu'on me suivait dans les rues; les voisins s'en sont mêlés et m'ont insultée. Il y a évidemment des personnes qui me sont étrangères et d'autres que je connais; il faut qu'il y ait comme un complot.

Depuis quelques semaines, on fait la nuit des pesées à ma porte. Je me suis sauvée de chez moi il y a huit jours pour aller coucher chez une amie au milieu de la nuit. Là aussi on a frappé à la porte cochère et essayé de la soulever avec des pinces; je l'ai entendu.

Je n'y suis pas restée et j'ai voulu rentrer chez moi, mais il m'a fallu m'enfuir et demander à coucher à une autre dame. Là il n'y a rien eu.

Je suis revenue chez moi; on a essayé d'ouvrir la porte en mon absence, on a changé ma clef. Bien des affaires ont disparu de ma chambre, des bandes de mérinos, de la laine, de la soie, etc.

C'est la nuit qu'on me tourmente et l'on s'en va à sept heures du matin. Je les ai entendus remuer et me suis barricadée avec mon lit, mais je ne les entends pas parler.

Les gens qui me persécutent sont les nommés V... et S... mes voisins. V... a dit devant moi : il y a toujours ceci et cela. Sa femme

a fait courir le bruit que j'allais tous les soirs livrer ma fille pour manger.

Je ne sais pas pourquoi on m'en veut ; mon mobilier ne doit pas faire envie; c'est pure méchanceté. A l'église, on m'a déchiré ma robe en m'injuriant ; j'étais allée conduire ma fille et ne connaissais personne.

Épuisée, ne dormant que le matin, j'avais résolu de mener ma fille à la consultation de l'hôpital. Je suis descendue à deux heures du matin, du haut de la maison qui a plus d'un étage, avec une échelle, emportant mon enfant sur son dos ; je ne sais pas comment nous ne nous sommes pas tuées. Je me suis promenée toute la nuit avec l'enfant et le matin, on nous a renvoyées de la consultation. J'ai à Paris mon beau-père qui voulait bien nous recevoir, mais j'ai eu peur pour lui parce qu'il était seul. Puisqu'on me persécute, on le persécuterait aussi. »

La fille M..., treize ans, est grêle et porte moins que son âge; elle est vêtue d'une robe sale et en lambeaux ; ses réponses sont entrecoupées de sanglots. Je voudrais voir ma petite mère ; quand maman sortait pour travailler, il y avait un homme qui faisait *hou ! hou !* sous la porte, comme le vent ; j'avais peur, je n'osais pas me coucher, j'étais malade. On faisait peur aussi à maman la nuit. C'était un homme qui retirait ses sabots ; on ne l'entendait pas marcher et il arrivait sous la porte, le matin, à midi ; le soir, je croyais qu'il y avait du monde caché sous le lit. On entendait comme si on soulevait les meubles et la porte; nous étions obligées de nous barricader avec le lit. Nous avons entendu des coups dans la nuit ; on a arraché avec une pince un morceau de la porte. Je l'ai entendu avant maman, mais je n'osais pas lui dire. Je n'ai jamais rien vu, mais j'entendais bien qu'on marchait et qu'on frôlait des papiers sur le carré.

Maman m'a raconté que c'était une femme qui lui en voulait.

De ces récits sommaires mis en regard, l'un représente le délire classique de persécutions, l'autre n'exprime que des terreurs enfantines et une crédulité qu'explique l'âge de l'enfant. Il faut se rappeler que la maladie de la mère est récente, que la fille n'a été associée qu'aux manifestations les plus grossières et cependant son affirmation n'a pas été sans influence. D'un côté, elle garantissait l'authenticité des hallucinations auditives, de l'autre, elle poussait la mère à des

actes qu'elle seule n'eut peut être pas risqués. Encore au début de la folie, la femme M... s'inquiète des conséquences qu'aurait pour son beau-père une cohabitation dangereuse; elle se préoccupe avec une anxiété plus active du sort réservé à sa fille et on a vu comment elle avait tenté de la soustraire aux persécutions. Or, dans ces folies à type psychique, être sollicité à agir c'est accélérer le progrès des conceptions délirantes.

II

Les choses ne se passent pas ainsi lorsque la transmission a lieu inversement d'un jeune sujet à un individu sénile, ou seulement plus âgé et faible d'intelligence. L'adulte reflète plus passivement; il est aussi convaincu en apparence, aussi affirmatif, mais il n'exagère ni ne développe les conceptions délirantes, faute d'un effort d'imagination qui lui coûterait. On pourrait dire qu'il s'agit moins d'une persuation réelle que d'un assentiment qui s'énonce par des phrases interjectives : Ah ! c'est bien vrai; il n'y a pas à en douter; elle ne ment pas; etc. Lorsque l'association délirante s'établit entre des adultes, l'état mental du réceptif est plus complexe. L'enfant obéissait aux instincts de son âge, tandis que l'adulte a remplacé les impulsions instinctives par des habitudes, des calculs, des combinaisons dont il entrevoit le fort et le faible. Il s'installe avocat de sa propre cause et ne se livre que dans la mesure qui lui semble s'accorder avec ses intérêts. L'enfant ment quand même et l'obstination de son mensonge finit par conduire à la vérité. L'adulte trompe à son heure et sait taire les raisons intimes qui le font agir.

Néanmoins, et comme il s'agit d'intelligences débilitées, moitié par intimidation, moitié par persuasion, on arrive à élaguer le faux et à découvrir la réalité cachée sous d'assez vulgaires artifices. On s'aperçoit alors que les adultes et les enfants se rapprochent par de saisissantes analogies et c'est pourquoi nous avons insisté sur les délires infantiles réflexes.

Il existe pourtant des différences qui tiennent moins aux procédés intellectuels qu'à l'acquit. Tout individu, mûri par l'expérience de la vie, si faible qu'on le suppose, garde les notions des misères qu'il a souffertes ou dont il a entendu parler; il a parallèlement l'appétit

des joies qu'il a goûtées ou qu'il ne connaît que par ouï dire. Chaque homme a, comme on l'a dit, son roman tout prêt dans sa tête. Il faut donc, pour le séduire, que la conception de fantaisie corresponde à ses préoccupations du moment, et cette nécessité d'une communauté de sentiments entre l'aliéné et son associé se réalise facilement dans la vie.

De la part des inconnus, bien des manifestations, même vulgaires, nous surprennent. Les gens avec lesquels nous avons pris l'habitude de vivre dans un commerce de chaque jour peuvent au contraire se permettre des bizarreries qui ne nous affligent ni ne nous étonnent, accoutumés que nous sommes à leur humeur. Il existe pour les relations sociales une sorte d'acclimatement qui atténue l'imprévu, s'il ne le supprime pas.

La cohabitation d'un individu faible avec un aliéné, constante, sans rémission comme sans réticences, la participation aux mêmes espoirs et aux mêmes craintes, sollicitée par des événements dont une portion n'est pas sans attaches avec la réalité, ménagent la transition entre la raison défaillante et le délire. La folie d'ailleurs, dans le milieu que nous représentons, n'est pas le fait d'une invasion subite. La période prodromique a préparé incidemment les voies. Les deux confidents ont mis en commun leurs aspirations et leurs peines, et quand l'un des deux vient à excéder la limite du raisonnable, l'autre ne la franchit pas brusquement, mais y pénètre par une insinuation progressive. C'est donc peu à peu que ce travail de solidarité s'effectue.

Rendu à lui-même, ne fût-ce que pendant quelques heures chaque jour, ou quelques journées chaque semaine, le néophyte du délire réfléchit; les doutes l'assaillent, la raison se relève. Pour que la conversion soit complète, il faut un entraînement sans répit, qui ne laisse pas de temps pour se reprendre. Tel est en effet le cas des délirants à deux. Toujours les relations ont été étroites et longtemps prolongées; toujours le second malade a été mêlé au début de la maladie et en a parcouru les phases successives. Luttant d'abord, se défendant de moins en moins, enfin prenant fait et cause pour des conceptions qu'il s'est lentement assimilées. Cette dégradation est évidente dans toutes les observations, et elle est d'autant plus manifeste qu'on a pu pénétrer plus avant dans l'évolution intime de la maladie.

On doit donc placer en première ligne les éléments essentiels que nous venons de résumer : d'abord, la modération relative du délire, ses côtés sentimentaux, sa concordance avec les dispositions de celui qui s'y adapte ; en second lieu, la répétition incessante des mêmes propos, renouvelés sans rémission ; enfin, la débilité intellectuelle et morale du participant.

Une fois que le contrat tacite qui va lier les deux malades a été à peu près conclu, il ne s'agit pas seulement d'examiner l'influence de l'aliéné sur l'homme supposé sain d'esprit ; mais il importe de rechercher l'action inverse du raisonnant sur le délirant, et de montrer par quels compromis mutuels s'effacent les divergences.

Qu'on essaye de mettre un aliéné atteint du délire de persécution porté aux extrêmes, halluciné, égoïste à l'excès, implacable dans ses affirmations obstinées, insensible à l'approbation comme au doute, en rapport avec n'importe quel homme doué du meilleur vouloir, il ne sortira rien de cette association que la lassitude. Le demi-persécuté, qui étend sa sollicitude maladive sur ceux qui l'entourent, les confondant avec lui dans ses appréhensions, aiguisant d'un peu d'espérance ses inquiétudes quelque peu confuses, ne se maintient pas indifférent à la résistance ou à l'encouragement de l'auditeur. Celui-ci répète, avec des variantes, la leçon qui lui a été apprise ; il ébarbe pour ainsi dire les trop brutales absurdités ; il remplit avec des données presque logiques les lacunes excessives. Petit à petit, l'histoire se dégage et se systématise, revue et considérablement amendée.

L'aliéné a profité, non pas d'une éducation à laquelle il reste fatalement insensible, mais il a contracté l'habitude d'un récit tant de fois reproduit qu'il n'exige plus d'effort.

Tous les médecins savent avec quelle étrange fixité de mémoire certains persécutés racontent leurs aventures imaginaires, n'oubliant ni un détail, ni une date, ni un incident. C'est l'histoire non pas inventée, mais formulée à deux qu'ils racontent.

Il résulte de cette assidue collaboration une telle homogénéité dans le dire des malades qu'il faut souvent un long temps, doublé d'une active recherche, pour discerner le délirant primitif du secondaire. C'est quand on a séparé l'un de l'autre, pendant plusieurs jours, quand non seulement la vie commune a été rompue, mais que le

milieu a été transformé, qu'on acquiert une certitude. La donnée psychologique la plus curieuse n'est pas celle que nous fournit l'influence de l'aliéné sur l'individu sain d'esprit : c'est au contraire l'action qu'exerce le confident raisonnable sur l'aliéné. L'expérience vraie qui représente l'aliéné comme fermé à toute persuasion, aussi incapable d'être détourné par une objection que d'accepter une addition à ses idées favorites, ne se dément pas.

En étudiant le travail insidieux qui s'exécute dans l'esprit du malade, on voit bien vite qu'il n'a pas cédé un pouce de son terrain. Ses concessions apparentes se sont bornées à taire provisoirement, ou à laisser dans l'ombre, quelques-unes de ses idées pathologiques. Les aliénés en voie de guérison, ou dans la première période encore mal assurée de la maladie, se prêtent volontiers à de semblables réticences ; et c'est là une des difficultés bien connues de l'examen.

Qu'on prenne à part le malade primitif et qu'on se donne la peine de l'étudier attentivement, on finit par rompre la glace et par retrouver au-dessous le type de la ténacité des conceptions délirantes telles qu'on les observe chez les malades isolés. Cette enquête incisive est souvent difficile, mais il est rare qu'à force de patience on n'y réussisse pas.

Si on isole les deux malades, au lieu de les confronter côte à côte, parlant presque toujours ensemble, répétant tout au moins les mêmes idées avec les mêmes phrases, s'entendant sans s'aider du regard, à la façon des enfants qui récitent à l'unisson une fable apprise par cœur, dans quelle mesure parvient-on à détruire le parallélisme ?

C'est par cette étude comparative qu'on peut estimer le degré de pénétration de la maladie acquise, et qu'on se convainc aisément que le nom qui convient le mieux à la situation respective des deux individus n'est pas celui de *contagion*. Le malade réel est resté le malade ; l'aliéné par reflet n'a pas réussi à dépasser les limites de l'absurde. Or, l'absurdité, si loin qu'elle soit conduite, n'a de commun avec la folie que les grossières apparences. Elle est mobile, capricieuse, compatible avec certaines puissances de raison, et n'obéit pas aux lois qui s'imposent à toute aliénation. A force de persévérance, on ébranle les croyances erronées qui semblaient les plus fermement assises ; l'erreur a des moments d'indécision, et si on ne

consent pas à s'avouer vaincu, combien de fois ne discernons-nous pas la pointe d'amour-propre ou de respect humain qui s'est mise en travers.

L'aliéné qui se résigne à déclarer qu'il renonce à ses pensées délirantes commet un mensonge qui lui coûte. L'individu dominé par des opinions absurdes, et qui affirme persister obstinément, commet le plus souvent un mensonge, mais en sens inverse. Le contraste suffit pour établir entre les deux lignes de démarcation la plus infranchissable ; l'un est fou, au sens social et médical du mot, l'autre ne l'est pas.

Pour le faux malade, l'adhésion de l'entourage est un auxiliaire considérable. Comme il a accepté les idées qu'on lui suggérait, on admet celles qu'il énonce avec quelques réserves, et il puise dans cet appui tacite ou explicite de nouvelles forces. Mis en face d'une contradiction persistante, dominé par la volonté d'un interlocuteur qui fait presque fonction de juge, il perd peu à peu de son assurance. Le malade vrai n'est plus là pour le soutenir, et si on prend soin d'atténuer ses contradictions, au lieu de les faire ressortir, il éprouve une façon de soulagement à être délivré de ces conceptions parasitaires.

Nous avons indiqué les principaux points sur lesquels doit porter l'étude des malades délirant à deux. Qu'on n'oublie pas qu'il s'agit d'une des formes de l'aliénation, intermédiaires entre la raison et la folie confirmée, et qui, exemptes de troubles physiques caractérisés, ne se prêtent qu'à une analyse psychologique. Les observations qu'on va lire, et que nous avons choisies en vue d'indiquer des divers types, empruntent à la nature de la maladie un aspect tout particulier, et ressemblent plus à des études de mœurs qu'à des observations médicales. Il n'en saurait être autrement quand la recherche implique un double examen : celui du malade et celui de l'individu sain entrant dans le courant des divagations. Les aventures réelles de la vie, l'organisation du milieu où ces événements s'accomplissent jouent un grand rôle dans l'évolution des délires atténués et le récit composé de données vraies, de croyances intéressées, d'inventions délirantes, d'efforts sincères mis au service des divagations, ne s'accommode pas aux formules scientifiques.

Le premier fait que nous rapportons résume si bien les conditions

en vertu desquelles naît et se développe le délire à deux qu'on peut le considérer comme un type.

Observation IV. — La nommée X..., soixante-six ans, exerce la profession de sage-femme dans une ville de province. Son intelligence s'est abaissée avant l'âge et sa clientèle a baissé parallèlement. Les ressources du ménage suffisaient à peine aux besoins de la femme X... et de sa fille qui vit à ses dépens; le mari a disparu depuis longtemps.

Un dernier coup vient achever la misère ; le petit emploi de sage-femme attachée au bureau de bienfaisance, ou à une Société charitable, est enlevé à la malade. Pendant cinq ans, elle vit de ses économies et en resserrant encore les liens étroits qui la rattachent à sa fille.

Celle-ci a vingt-huit ans, elle est de stature moyenne, assez vive d'esprit, mais au fond d'une intelligence limitée. Elle a fait quelques études et a même obtenu le diplôme d'institutrice du dernier degré, sans réussir à utiliser ses quelques connaissances. A diverses reprises, elle a dû se placer en France ou à l'étranger; par des raisons qu'elle énonce assez confusément aucune de ces tentatives n'a abouti.

La pauvreté ainsi croissante arrive à son comble. Les deux femmes sont expulsées de leur humble logis, sans ressources, plus incommodes à ce qu'il paraît qu'intéressantes aux yeux de leurs rares relations; on fait en leur faveur une petite collecte, à laquelle s'associe la municipalité locale, et qui monte à 40 francs. Avec le pécule, on les envoie à Paris où, dit-on, elles ont toutes chances de gagner leur vie.

Elles descendent, absolument étrangères dans la ville, dans un petit hôtel où elles sont accueillies avec bienveillance.

Pour que ces deux provinciales aient consenti à un tel voyage, pour qu'on ait songé à le leur proposer, il fallait que cet absurde déplacement répondît à quelque chose de plus que la banale confiance dans l'hospitalité d'une grande ville.

La fille X... a, en effet, une visée à laquelle elle a associé sa mère. Il existe quelque part une succession Dubois, ou comme dit la mère (traduisant dans son langage les affirmations de sa fille), un *avoir* qui vient des Dubois. De cet héritage, on ignore la provenance et le

chiffre, mais on sait qu'il est *conséquent*. Un parent, frère de l'une, oncle de l'autre, devait être héritier, sans qu'on puisse deviner à quel titre, car il ne porte pas le nom du prétendu testateur, mais il avait, soi-disant, rassemblé les papiers et pris des arrangements que sa mort a interrompus.

L'invention est, comme on le voit, toute populaire. De temps en temps il circule des histoires de fortunes immenses accumulées jusqu'au merveilleux, et qui attendent un heureux inconnu destiné à les recueillir, dès qu'il aura justifié de son droit. Le défunt porte d'habitude un nom vulgaire assez répandu, pour solliciter de nombreux aspirants.

Pour se résoudre à aspirer à une situation si enviable et convertir en conviction arrêtée un rêve qui excède toutes les rêveries, il faut un travail intellectuel dont les aliénés seuls sont capables.

Ici après un examen prolongé, on parvient à suivre la filière des conceptions délirantes, imaginées par la fille et reflétées par la mère qui leur donne l'appoint de sa sanction, l'autorité de son âge, la sobriété de l'exposé et cette apparence de sincérité qu'ont les récits romanesques reproduits de seconde main.

Le parent étant un gendarme retraité, il avait, a-t-on dit, après sa mort fait un testament. Or, pourquoi avait-il testé puisqu'il n'avait pas un sou à léguer. On a dû mettre les scellés et on n'a jamais communiqué les papiers. C'est qu'on avait intérêt à les soustraire.

Le délire une fois assis sous cette forme, et la première conception remonte aujourd'hui à deux ans (le frère est mort il y a cinq ans), il se partage et suit deux directions : d'une part, affirmer le droit à l'héritage, de l'autre, chercher par quelles menées souterraines les vrais destinataires ont été dépouillés.

La première tâche semble, par un compromis tacite, avoir été surtout réservée à la mère; la seconde, celle qui consiste à dépister la persécution, revient à la fille plus imaginative.

Un nommé R... dont l'individualité reste assez indécise, mais qu'elles supposent attaché à un séminaire, leur a fait dire par une femme qui ne pouvait être le mandataire d'un autre individu : allez connaître. Cette phrase énigmatique, si conforme à celles que répètent les hallucinations de l'ouïe, a été la première révélation

parlée ; on en cause, on la commente à deux et après un an de réflexion inquiète, on se décide à suivre sur cette entrée en matière.

Un M. C..., homme d'affaires, que le parent héritier présumé a connu, doit être chargé de la succession qu'ils sont trois à se partager, les deux malades, une de leurs parentes encore vivante et le nommé R...

La mère, incitée par la fille, se rend chez M. C... ; elle lui demande d'avancer de l'argent ou de lui confier un titre sur lequel elle puisse provisoirement emprunter. Celui-ci refuse, met la femme à la porte, déclarant qu'il ne sait de quelles affaires il s'agit. Néanmoins, il a dit à une femme : c'est vrai et à une autre qu'elles s'occupent de leurs affaires.

La fille écrit à M. C... lettres sur lettres, mais ne reçoit pas de réponses et ce silence, qu'elle n'ose rompre par une nouvelle visite devient un argument de plus en faveur du bien fondé de ses prétentions.

C'est sur ces entrefaites qu'a lieu le voyage à Paris. Les deux femmes descendent, comme nous l'avons dit, dans une maison garnie tenue par une dame X... Elles cherchent de l'ouvrage et n'en trouvent pas. On offre à la fille une place d'institutrice en Pologne ; elle la refuse parce que son absence nuirait au succès de l'entreprise.

La maîtresse de l'hôtel paraît avoir subi, à quelque degré, l'influence de ce délire, qui serait devenu peut-être une aliénation à trois si les relations avaient été plus étroites et plus durables. Cependant, on est de plus en plus réduit aux expédients ; on vend le peu qu'on possède, une bague, du linge, et le bagage finit par se réduire à la possession de quelques hardes.

Moitié pitié, moitié confiance dans un meilleur avenir, la dame X... avance quelques francs peu à peu ; la dette s'accroît vite, puisqu'aucune des dépenses de loyer ou de nourriture n'est payée et elle monte à près de 100 francs.

Pourquoi la maîtresse d'hôtel a-t-elle été si favorable, pourquoi y a-t-elle été de sa bourse ? On ne court pas de pareils risques quand on a pas de raisons pour le faire. C'est qu'elle avait pris des informations, qu'elle savait la succession prochainement réalisable. Elle l'a d'ailleurs laissé entendre par des mots équivoques. A qui fera-t-on croire qu'on fasse ainsi, sans raison, des cadeaux dans Paris?

Le mutisme de M. C... se prolongeant, on écrit au notaire, qui ne répond pas davantage, parce qu'il n'a rien à répondre à propos d'une succession imaginaire à partager entre des héritiers de fantaisie. Le mauvais vouloir a pris les proportions d'un complot, et là commence le rôle prédominant de la fille.

R... est séminariste, ou supposé tel, car ni l'une ni l'autre ne l'ont vu ; elles savent seulement qu'il connaissait leur parent, le collectionneur des papiers authentiques. Or, une église a été bâtie dans la ville où le séminaire du diocèse est installé. Cette église a, dit-on, coûté 5,000 francs. Qui a fait don de cette somme considérable? Évidemment R..., qui a dû hériter le premier, puisque c'est lui qui a laissé sous-entendre l'existence de la succession. Le notaire a dit à une personne : « Cette femme qui m'écrit est malade. » C'est qu'il avait fait serment de ne rien révéler.

« Le clergé est mêlé dans l'affaire, la succession existe, mais *j'y suis soustraite*, dit la fille, par la faute des prêtres. On dit partout que l'archevêque veut que nous en fassions l'abandon. Maman n'y a pas pris garde ; mais moi je suis sûre de l'avoir entendu. D'ailleurs on n'invente pas ces choses-là. »

Une fois la persécution admise, elle s'affirme à chaque pas, et on comprend combien il est facile de succomber à l'idée d'une persécution, quand tout effort est impuissant, toute ressource épuisée, et qu'on n'a plus, suivant l'expression de la mère, qu'à mourir de faim.

La part proportionnelle de chacune des deux malades s'accuse mal dans un récit condensé ; elle est certaine pour qui conduit l'enquête et dirige l'interrogatoire. La mère, qui ne joue que le rôle secondaire, a peine à se retrouver dans le lacis des déductions logiques à l'aide desquelles la persécution se prouve et s'explique. Le thème, sans les variations, suffit et au delà à la portée de son intelligence. La fille, au contraire, se complaît au récit du complot dont elle renoue les fils avec moins d'habileté toutefois que bien d'autres persécutées. De temps en temps elle en appelle à un de ces aphorismes dont les esprits de second ordre font si volontiers les prémisses de leurs argumentations : « J'ai cherché de l'ouvrage, et on m'en a refusé. Pourquoi? J'ai présenté des modèles, et on ne les a pas regardés. C'est la malveillance organisée qui seule peut être cause de tout cela. »

Quant à l'existence d'une aliénation vraie, aucun médecin expérimenté ne la mettra en doute. Elle se prouve, moins par l'absurdité de la donnée première que par le mécanisme intellectuel à l'aide duquel elle est mise en œuvre. En somme, tout repose sur un nonsens ; il n'existe ni succession ni parité de noms avec le testateur Dubois, ni pièces ni papiers à l'appui. Des propos indirects, des mots dépourvus de sens servent de point de départ ou de point d'appui ; comme dans toute folie, c'est la foi maladive qui commande, n'admettant ni objection ni contrôle.

L'association des deux malades, dont l'une ne délire que par *commission*, a seulement effacé les angles, limité le délire dans une systématisation convenue, et qui a pu en imposer à quelques faibles d'esprit.

L'histoire suivante a tant d'analogies avec celle qu'on vient de lire qu'il convient de l'en rapprocher. Les nuances en médecine sont plus précieuses que les contrastes.

Observation V. — Il s'agit de deux sœurs jumelles, âgées de quarante et un ans, de même complexion, quoique se ressemblant peu de figure. Elles ont vécu en commun pendant leur enfance et leur adolescence. Le père et la mère sont morts, et on ne peut avoir sur eux des renseignements explicites.

Lucile s'est mariée, à l'âge de dix-sept ans, à un homme excellent dont elle n'a jamais eu qu'à se louer. De ce mariage est née une fille, âgée aujourd'hui de quinze ans.

Le ménage, qui s'était installé en province, tandis que la sœur continuait à habiter Paris, ne réussit pas. Un petit établissement de cafetier qu'ils avaient fondé prospéra d'abord, puis l'ambition d'accroître leurs affaires les gagne, et ils achètent une brasserie. Des difficultés de tout genre, des déboires auxquels ils n'étaient rien moins que préparés, les assaillent ; en trois ans, ils perdent leur petit capital, fruit de laborieuses économies. L'associé qui, à leur dire, les avait trompés, reprend la brasserie et la relève. Des 20,000 francs perdus au cours de l'entreprise, il ne reste plus que 900 francs, insuffisants à couvrir les dettes. Le mari et la femme se remettent à l'œuvre et finissent par se libérer de ce qu'ils doivent, au prix d'énormes sacrifices. Le mari, découragé, fait quelques

affaires en vins avec un demi-succès, puis il succombe en 1865 à une maladie qui paraît avoir été un cancer de l'estomac.

N'ayant plus rien qui la retienne en province, Lucile revient à Paris avec sa fille âgée de trois ans ; elle se réfugie près de sa sœur et toutes les deux vivent de leur travail qui suffit aisément à leurs dépenses.

Joséphine a épousé un ouvrier en 1856 et n'a pas eu d'enfants, le mari menait une mauvaise conduite et les querelles étaient fréquentes. La femme d'ailleurs laborieuse et régulière a toujours été d'un caractère difficile. Dans les premiers mois de 1875, le mari est arrêté pour outrage à la pudeur. Un soir qu'il était demi-ivre, il s'est déboutonné devant une jeune fille qui a porté plainte. La prévention assez courte est suivie d'une condamnation à six mois de prison, réduits plus tard, à cause des antécédents relativement favorables du prévenu, à cinq mois.

On comprend quel coup porte le déshonneur imprévu dans la maison où les deux femmes vivaient étroitement liées par leurs affections et par un sens droit du devoir. Que faire? A quoi se résoudre? Faut-il pardonner? Faut-il au contraire tenir rigueur et témoigner ainsi la répulsion profonde que la faute inspire. Les délibérations se succèdent et se multiplient, sans qu'aucun incident apporte des éléments nouveaux de décision.

Un événement terrible n'excède pas habituellement les forces des intelligences même débiles. Il en est autrement de la perplexité qui use peu à peu les meilleurs courages et creuse comme la goutte d'eau proverbiale. Peut-être ne trouverait-on pas une condition plus désavantageuse à l'intégrité de l'intelligence?

Joséphine est la plus intéressée dans la résolution ; elle hésite des mois et finit par se résoudre à quitter son logis, pour une autre installation. C'est dans le nouveau domicile que rentre le mari, après l'expiration de sa peine gracieusement abrégée. Les difficultés de toutes sortes recommencent. Il est alternativement accepté et repoussé, jusqu'au jour ou fatigué de cette lutte avec deux femmes, dont l'une est déjà maladive, il annonce qu'il va vivre dans un hôtel garni, mais qu'il maintient son droit à l'habitation conjugale et qu'il saura bien forcer la main à sa femme récalcitrante, en lui faisant un procès qu'elle est sûre de perdre.

La menace ne reçoit pas de commencement d'exécution ; cependant l'inquiétude augmente. Les gens du peuple n'ont qu'une idée assez confuse de la justice, de son autorité qui garde un côté mystérieux et de ses droits.

Joséphine entre alors dans le délire vrai dont les prodromes se sont si longuement préparés. Elle refuse le travail et comme elle était de beaucoup la plus active et la plus habile, la gêne commence. Les nuits sont insomnes ; elle se lève terrifiée, allume les bougies sur une table qu'elle a d'abord couverte d'une nappe, déclarant que le prêtre va venir les administrer parce que la mort est proche. Lucile suit de loin, d'abord résistante, puis indécise, et ce n'est qu'au bout de deux mois qu'elle prend une part active à la folie.

Ainsi associées, les deux femmes ne se bornent plus à une appréhension expectante. Elles se résolvent à quitter Paris pour fuir à l'étranger ; elles font et défont leurs malles et leurs journées se passent en préparatifs qui n'aboutissent pas. La nourriture est insuffisante, ni l'une ni l'autre n'ose sortir en quête de provisions ; le peu d'économies amassées finit par s'épuiser. Ce ne sont plus de vagues prévisions, mais on entend des bruits étranges dans la rue ; la police informée veut leur infliger la peine d'un déshonneur dont elles sont solidaires.

Un jour, c'était en novembre 1875, Joséphine annonce l'arrivée des gendarmes ; devant ces extrémités, il ne reste qu'une ressource; la mort. On éteint les lumières et toutes deux se glissent sous leurs matelas, avec une inexpérience enfantine du suicide, pour s'asphyxier ; la première sensation de suffocation est si pénible qu'elles ne se sentent pas le courage de persévérer. On voit par quelle progression la tristesse a monté aux degrés extrêmes de la mélancolie anxieuse. L'excitation n'a plus de trêve ; les voisins se plaignent et une parente informée se décide à enlever les deux malades, l'une dans une maison de santé, l'autre dans un asile d'aliénées. Par une regrettable condescendance, les deux sœurs sont, après deux mois de séparation, réunies dans le même asile.

Joséphine, celle dont on pourrait dire qu'elle a mené l'affaire, est prise d'une agitation maniaque, croissante et communicative. Les scènes d'excitation se multiplient et malgré la violence incohérente du délire, le lien qui unissait les deux femmes, ne se brise

pas. Chacune semble donner son mot dans la réplique, et quand l'une s'apaise, l'autre redouble. On se décide alors à les isoler ; mais la séparation est plus apparente qu'effective ; les deux malades se voient par les fenêtres, par les grilles du préau. La plus raisonnable, la seule en réalité qui raisonne, met son intelligence au service d'une sœur en plein accès de manie. Si la malade est ainsi excitée, dit-elle, c'est qu'on la torture ; elle est dans un cas de légitime défense et a droit d'être secourue. Elle intervient alors, à la manière des enfants dans les querelles de ménage, dépassant par son agitation calculée, la violence toute pathologique de sa sœur.

La parente, qui avait fait les frais de cette surveillance imparfaitement organisée, demande le placement des deux malades à bout de ressources dans un asile départemental.

Joséphine qui continue à subir un accès de manie à rémission est en effet sequestrée. Lucile, après quelques jours, est rentrée en possession d'elle-même et sa belle-sœur consent à la recevoir avec sa fille qui, malgré l'influence redoutable d'un tel milieu, n'a pas faibli.

Il est curieux de constater la rapidité avec laquelle les impressions délirantes s'effacent chez Lucile, tandis qu'elles ne se modifient pas chez sa sœur.

Le premier jour de la séparation, elle affirme timidement et raconte les péripéties qui ont précédé l'explosion délirante, non sans quelques réticences et quelques excuses : la peur de la prison, notre âge critique nous a hallucinées ; nous étions toutes deux ainsi tourmentées, peut-être moi plus qu'elle.

Le lendemain, elle détourne l'entretien de ces débuts et ne consent à s'expliquer que sur les faits relatifs à l'internement dans l'asile. Là, en effet, les énonciations ont plus de vraisemblance. Ce sont des récriminations encore violentes, mais qui ne touchent déjà plus que par quelques points à l'aliénation : « ma fille me dit : ma tante est folle ; je lui réponds, c'est impossible ; elle a des idées noires, mais ce n'est pas de la folie. J'exige qu'on me mène à l'asile. J'y vais, malgré une assez vive résistance. J'entends crier ma sœur attachée dans une chambre avec la camisole de force, et je m'écrie : dans quel état es-tu là et je me précipite sur elle pour la délivrer. On m'enferme moi-même. Les pensionnaires, les infirmières, les mé-

decins disaient les uns : ne criez pas, les autres : criez pour qu'on sache que vous êtes ici. On nous aurait toujours gardées pour profiter de l'argent que nous payions et que nous ne dépensions pas.

Le quatrième jour, elle est fatiguée, parle lentement, s'exprime en bons termes sur toutes choses et dit : « c'est ma sœur qui a eu peur ; je l'ai crue et j'ai eu tort ; si j'avais été moins faible, je l'aurais peut-être détournée et elle n'en serait pas où elle en est ».

Cette longue observation appelle peu de commentaires. On y suit l'évolution des idées sur laquelle nous avons déjà insisté, moins les lueurs d'espérance. Dans le premier cas, les femmes étaient excitées, par l'appât d'un héritage qui devait les sauver ; ici, la frayeur domine et le délire prend une acuité incompatible avec les rêves consolants qui le modifient.

Dans l'observation qu'on va lire, c'est, au contraire, l'aspiration vers une fortune imaginaire qui domine, tandis que la persécution passe au second plan. Chacun de ces faits éclaire les diverses faces de la folie à deux, et plus le récit est détaillé, moins les corollaires ont besoin de développements. C'est, nous ne dirons pas l'excuse, mais la raison de l'étendue que nous avons cru devoir donner à nos observations.

Observation VI. — La nommée L..., veuve S..., âgée de 46 ans, sans profession, et la nommée M..., 49 ans, journalière, demeurant toutes deux au même domicile, sont arrêtées, à une heure du matin, dans la salle d'attente du chemin de fer d'Orléans (côté de l'arrivée), où elles étaient couchées et endormies sur un banc.

De leur aveu, voilà la quatrième nuit qu'elles passent ainsi, obligées de se cacher pour soustraire à la rapacité d'une police occulte des papiers de grande valeur qu'elles ont en leur possession.

Elles sont arrivées ensemble du Midi à Paris, le 5 décembre 1872, et se sont rendues directement à Versailles, demandant à voir le Président de la République et à obtenir justice des vols dont la femme M..., que nous appellerons Jeanne de son prénom, est victime.

La veuve Marie S... a fourni l'argent nécessaire au voyage et à leur modeste entretien à Paris, depuis six mois qu'elles y résident.

Elle affirme que la police est incessamment à leurs trousses, et, bien que le découragement commence à la gagner, elle veut rentrer au moins dans ses déboursés. Sans être guidée par l'intérêt, elle est assurée que, quand la femme Jeanne M... sera devenue millionnaire, elles partageront.

Dès ce début, il est facile de voir que la femme Marie S... n'est que le reflet des aspirations de sa compagne, et que, pour découvrir, ou la filouterie ou le délire, c'est à cette dernière qu'il faut s'adresser.

L'interrogatoire du commissaire de police, chargé de la première instruction, est déjà assez explicite pour que nous le reproduisions:

La femme M... dit avoir raconté l'affaire au curé de la paroisse qu'elle habitait en 1857, à l'époque de la mort de son grand-père. Celui-ci, avant de mourir, avait fait connaître l'existence d'un trésor dans une maison désignée par lui, mais sans indiquer la place. Le curé a découvert la cachette et volé le trésor, et ce n'est qu'en 1866 que le premier vol a eu lieu. Elle est venue à Paris réclamer la protection de M. Thiers. Elle déclare, en outre, avoir eu, en 1866, une maladie grave, provoquée par des outrages commis à l'aide d'une poudre qui a paralysé momentanément son fils et elle-même.

Le double élément de la persécution et de la réparation prochaine apparaissent ainsi d'emblée. Le clergé est partie prenante. Rien ne manque au délire modelé sur celui des femmes X... Seulement, au lieu d'une succession à recueillir, c'est un trésor à ressaisir. L'histoire ainsi conçue rappelle, sous une autre forme, les aventures romanesques où se complaisent les imaginations populaires.

Un examen médical attentif et prolongé permet de remonter jusqu'aux premières phases de la folie et d'en suivre le développement; mais un long exposé écrit et colporté par la femme Marie donne au mieux la physionomie de l'aliénation :

« Vol fait clandestinement avec effraction et escalade à mon préjudice, empoisonnement des animaux, outrages qui m'ont été faits et dont j'ai dû garder le lit plusieurs fois et plusieurs semaines depuis 1866 jusqu'en juin 1872. »

Nous nous garderons d'essayer l'analyse d'un pareil document, qui ne contient pas moins d'une vingtaine de pages et qui se compose d'une série de récits sans cohésion.

Il en résulte que la femme M... a été prévenue par une voisine de l'existence de la caisse mystérieuse, de la place où elle était déposée et de son contenu en pièces d'or.

Un nommé Victor, personnage qui remplit exactement le rôle dévolu à R... dans la première observation, est l'agent principal qui découvre le secret, s'entend avec le curé de la paroisse, intervient de sa personne, s'introduit, tantôt par des moyens habiles, tantôt par effraction, dans la maison. La malade raconte des fragments de conversation échangés entre elle et Victor, qu'on retrouve comme les éléments essentiels de l'interprétation délirante dans les folies de cette espèce. Victor finit par organiser un complot ; il n'est plus lui; il devient la société Victor, être abstrait, occulte, et qui se prête mieux qu'une personnalité même confuse à des conspirations impossibles.

La nuit, à de nombreuses reprises, des apparitions étranges ont eu lieu dans sa chambre ; elles ne parlent pas ; mais menacent du geste; des poignards brillent dans l'ombre ; des sensations bizarres lui donnent à croire qu'elle a été l'objet de honteuses violences, et qu'avant d'abuser d'elle, on l'a endormie par des odeurs ou des breuvages. Pendant ce temps, on emporte des fardeaux de choses précieuses, et le lendemain, elle se réveille si souffrante qu'on croit devoir mander un prêtre. Les amis supposent charitablement que le diable est entré dans le domicile et qu'il conviendrait de l'exorciser.

Plus tard, les obsessions sont à la fois de nuit et de jour ; les conspirateurs se déguisent, les uns en marchands, les autres en colporteurs ou en femmes de la campagne. Ils peuvent ainsi agir plus librement. Des voitures inconnues circulent dans les rues ; des propos, dont la malade saisit le sens, sont échangés; c'est un conflit de rencontres, de conversations énigmatiques, de démarches avortées pour arriver à la découverte de la vérité, de plaintes adressées aux autorités du pays, tantôt bien reçues, tantôt repoussées par calcul. Les noms propres se croisent, et il n'est pas une assertion qui ne s'appuie sur le témoignage d'un individu dénommé. On répète à voix haute tout ce qui s'est passé dans les nuits d'anxiété. On lui donne, tantôt des conseils de prudence, tantôt des encouragements à agir. Une seule donnée reste immuable : le trésor est une fortune à ne pas y croire? il faut le voir.

C'est après cette longue incubation que la femme M.., entreprend ses voyages à la poursuite de son bien imaginaire, allant chercher un complément d'information et un surcroît de confiance par les villes voisines, et espérant ainsi échapper à ses persécuteurs. C'est au même temps qu'elle entame des relations de plus en plus intimes avec la veuve S...

Les réponses de la veuve S..., au cours de l'interrogatoire médical, sont à la fois assez explicites et assez naïves pour qu'il y ait tout profit à les reproduire :

« Je connais madame M... depuis avril ou mai 1872. Veuve d'un capitaine au long cours, je l'ai rencontrée chez un marin de nos amis; j'ai pris de suite part à ses peines. Je ne suis pas bien au courant de ses malheurs et ne veux pas chercher à les approfondir.

« Je suis venue à Paris pour la soutenir; sans moi, elle serait morte bien des fois. A Paris, je me suis adressée au ministère de la marine; on m'a répondu qu'on ne pouvait pas s'en occuper.

« J'avais connaissance de ses affaires par elle et par les témoins, qui m'ont tout avoué. Madame C..., la femme d'un employé du chemin de fer, m'a dit que c'était exact, mais qu'elle ne déposerait qu'en justice, et nous ferons de même.

« On m'a montré les endroits, et je crois qu'elle a été volée. Quand madame C... m'a eu raconté la chose, comme me l'avait contée madame M..., j'ai été convaincue. La petite demoiselle C... m'a dit que Madame L... avait fait aussi connaissance avec madame M..., mais qu'elle a déclaré ne pouvoir la servir, parce qu'elle était en rapports de parenté avec les voleurs. On a creusé et on a trouvé les débris du coffre à l'endroit où madame L... les avait cachés. Elles ont déclaré qu'elles en parleraient à la justice, quand on les interrogerait, mais qu'elles avaient peur de mécontenter les gens.

« Je crois que le curé du village a tout fait avec une bande. Je ne sais pas ce que c'est que Victor ; je suppose que c'est un sorcier ; pourtant je ne crois pas aux sorciers. Pour pousser à bien cette affaire, il faudrait prendre le curé ; la soutane a toujours raison. Si on ne réussit pas, c'est que le curé s'en mêle.

« Je suis étonnée que la justice ne donne pas suite à notre plainte.

« J'ai dépensé pour elle, et, si elle rentrait dans sa fortune, elle me rendrait mes déboursés. J'ai commencé et je ne reculerai pas,

quoiqu'il m'en coûte d'avoir quitté mes enfants. Je n'espère pas qu'il me reviendra de l'argent; elle m'a toujours dit qu'elle m'en donnera, mais je n'y compte pas, et, en tout cas, cela ne regarde personne. C'est d'un grand cœur que je suis partie, et je ne regrette rien, car j'aurai fait une belle œuvre: je suis sûre qu'on l'a volée. Mon mari a sauvé une grande fortune comme cela : le bateau avait été incendié; on a retrouvé l'or caché dans le désert. Je me suis dit : Je pourrai comme lui sauver une fortune. »

A la question ainsi posée: « Vous êtes-vous jamais demandé si la femme M... jouissait de sa raison ? » Elle répond : « Elle a bien sa tête; je n'aurais pas suivi une folle; d'ailleurs, on l'a fait visiter par des médecins. »

C'est la veuve S... qui paraît avoir, après bien des hésitations, décidé le voyage à Paris. Un personnage resté indéterminé, et qu'elles appellent le monsieur de Bordeaux, leur a conseillé de demander une audience au ministre. Elles se sont adressées au président du conseil d'État. Le monsieur de Bordeaux avait promis de revenir sans fixer un jour. Elles l'attendaient, et il leur avait paru qu'elles auraient plus de chance de le rencontrer au chemin de fer.

Le jugement de la femme M... sur sa compagne, la veuve S..., est confus; mais, dans ses moments de lucidité, elle invoque son appui moral, déclarant qu'elle est au courant de tout, qu'elle a vu les témoins, et que la meilleure preuve de sa confiance, c'est qu'elle a tout quitté, famille, enfants, étant à l'abri du besoin, pour aider au succès de l'entreprise.

La veuve S..., après une courte séparation, a demandé à retourner près de ses enfants. Ceux-ci ont été mandés à Paris et l'ont reconduite. La femme Jeanne M... a été placée dans une maison de santé.

Observation VII. — L'observation suivante reproduit, sous une autre forme, un de ces drames intimes familiers aux médecins, inconnus aux romanciers, et qui donnent une note à peine discordante dans le concert des misères humaines. Il s'agit encore de deux femmes, et cette fois de deux sœurs.

L'une, D..., est veuve depuis l'âge de vingt ans et âgée aujourd'hui de quarante-sept ans. L'autre L..., séparée de son mari depuis une vingtaine d'années, a cinquante et un ans. La première est

petite, trapue, de bonne mine, causant volontiers et assez vive d'intelligence. La seconde est grasse, épaisse physiquement et intellectuellement ; elle répond avec peine aux questions et semble dominée par la crainte de se compromettre.

Elles sont venues à Paris il y a quelque trente ans avec leur père et leur mère établis en province, possesseurs d'un petit avoir laborieusement amassé et sollicités par l'espérance d'un gain plus élevé. Le père était tailleur, et la mère l'aidait dans son travail. Leurs affaires ont d'abord prospéré, puis des pertes d'argent sont survenues, et tous deux sont morts presque dans la misère.

D... épousa un ouvrier peintre, d'une bonne conduite, et qui paraît avoir succombé à une phtisie aiguë. Une fois veuve, elle prit domicile chez sa sœur mariée avec un ouvrier d'un caractère difficile, gagnant aisément sa vie comme peintre sur porcelaine, mais ayant des habitudes de brutalité et de dissipation.

Au bout de peu de temps le ménage fut rompu. Le mari partit, sans que depuis on en ait eu de nouvelles, et les relations entre les deux sœurs devinrent de plus en plus étroites.

L'ouvrage ne manquait pas, et, pendant dix ans, cette union volontaire fut tout heureuse. D... était habile dans sa profession de culottière ; elle trouvait régulièrement du travail dans un grand magasin de confection pour hommes et menait une vie économe et exemplaire. Un jour, elle reçut quelques reproches pour un manque d'exactitude dans la livraison de son ouvrage. De dépit, elle refusa de retourner au magasin, et, comme elle était la seule pourvoyeuse, les deux sœurs, ne gagnant rien, épuisèrent lentement leurs ressources.

C'est alors que D... enleva, en compagnie de sa sœur, un paletot à l'étalage d'un tailleur, l'emporta ostensiblement, se fit arrêter, fut renvoyée de la plainte par ordonnance de non-lieu et transférée à la Salpêtrière, où elle séjourna avec sa sœur de 1859 à 1864.

Vers la fin de 1864, nouvel accès. Délire de persécutions avec terreurs. Elle se croit poursuivie par des gens qui menacent de l'empoisonner. Son beau-frère lui avait dit : « Je connais des poisons que les médecins ne découvriront pas ; méfiez-vous. » Elle supposait et suppose encore que son mari est mort empoisonné.

Son second séjour à la Salpêtrière, où elle est seule enfermée, est de sept ans, et elle sort réputée guérie en 1872.

Au printemps de 1876, après quatre années de travail fructueux et non interrompu, l'ouvrage manque de nouveau, soit par le fait de la morte saison, soit par suite d'un trouble indécis de l'intelligence. Les deux sœurs se décident, sous la pression de D..., à provoquer une seconde arrestation pour échapper à la misère. C'est elles-mêmes qui vont se dénoncer au commissaire de police, s'accusant d'avoir volé deux chandeliers de cuivre appartenant à leur logeuse. On fait une perquisition sommaire, et, avant même qu'elle soit terminée, elles soulèvent leur matelas et montrent dans leur paillasse les chandeliers qu'elles prétendaient avoir vendu.

Placées administrativement comme aliénées le 25 mars 1876, elles quittent l'asile le 5 octobre de la même année.

Cette fois, la période laborieuse est plus courte. On leur refuse de l'ouvrage, parce qu'elles ne rapportent pas en temps utile celui qu'on leur a confié. La maîtresse du garni ne consent à continuer la location que si elles payent d'avance. L'épargne minime s'use vite, et, réduites aux derniers extrêmes, elles n'ont plus que six sous en leur possession. D... est reprise des impulsions qui l'ont déjà entraînée et qui succèdent toujours à un malaise mental incompatible avec un travail assidu. Elle emmène sa sœur, et, après d'assez longues hésitations, non pas sur la conduite qu'elles vont tenir, mais sur le procédé dont elles feront choix, elles dérobent chacune une paire de mitaines sans valeur chez un marchand de nouveautés. On les arrête, et elles sont écrouées à Saint-Lazare sous prévention de vol.

Après deux mois, elles sont remises en liberté, assez calmes, rassurées par le pécule qu'elles ont amassé en prison et qui monte à une trentaine de francs, mais encore sous le coup d'une notable confusion d'esprit.

Rien n'est plus facile, en interrogeant séparément les deux malades, que de discerner celle qui a été active de celle qui s'est bornée à un rôle passif. L'aînée, L..., n'a qu'un souvenir confus du passé ; elle avoue avoir été placée à la Salpêtrière, mais elle ne sait ni quand, ni pendant quelle période de temps. Sa réponse monotone à toutes les demandes est : « Il faudrait donc se laisser mourir de faim? »

A la prison de Saint-Lazare, on la mande trois fois chez le juge

d'instruction. Ces déplacements répétés lui semblent extraordinaires. et elle en conclut qu'on allait lui couper la tête. Si on objecte qu'on ne condamne pas les gens à mort pour un tel délit, elle ajoute : « Que voulez-vous que je vous dise, on le disait là-bas ; moi je ne dis rien. »

La veuve D..., la plus jeune, a une tout autre activité intellectuelle. Elle est la seule des deux qui sache lire et écrire, la seule qui se chargeât de procurer de l'ouvrage. Elle se souvient qu'on s'est amusée d'elles à Saint-Lazare; les détenues contaient à sa sœur qu'on lui couperait la tête; elle savait bien qu'il n'en était rien et n'est pas niaise à ce point, mais il lui tardait d'être jugée.

« En somme, dit-elle avec une certaine animation, je connais mon métier; pourquoi me refuse-t-on du travail ? Pourquoi me coupe-t-on l'herbe sous le pied ? Pourquoi ? Qui ? Je n'en sais rien, je ne parle à personne, je ne connais personne. On veut donc que je me tue ou que je meure de faim ? Il y a là quelque chose que je ne puis dire. Peut-être que j'ai été folle. Admettez que je l'aie été; à présent vous voyez bien que je suis guérie. Je pensais... Non, je ne me le rappelle plus... Si, je pensais qu'on voulait m'empoisonner dans ma nourriture... Est-ce que je ne mange pas de tout à présent ? Je ne répondrai plus, parce que tout ce que je dirais serait folie. Si j'ai volé, ce n'était pas pour m'enrichir ; tout cela n'est pas de la folie, c'est du malheur. »

Les deux mois de détention préventive, l'assurance de vivre au moins quelque temps sur son pécule, ont amoindri, sinon fait cesser la crise, et les deux sœurs sont rendues jusqu'à nouvel incident à la liberté.

Une dernière observation, déjà publiée, offre avec celles qu'on vient de lire de telles ressemblances que nous tenons à la reproduire; elle montrera que les faits, dont nous avons donné l'analyse, plutôt que le récit complet, ne sont pas de rares exceptions. Il est bon de ne pas se confiner dans sa propre expérience, et, même identiques au fond, les observations recueillies par des médecins différents, varient par la forme ou par le détail. M. le docteur Dagron, qui a raconté, avec de longs développements, l'histoire de la folie des deux sœurs, avait toute compétence pour formuler un jugement. La

maladie, on pourrait presque dire l'affaire, avait pris d'ailleurs de si désobligeantes proportions que notre confrère était engagé à ne rien en omettre (1).

Observation VIII. — Mademoiselle X..., âgée de trente-huit ans, et sa sœur madame X..., âgée de trente-six ans, ont été admises dans l'asile des aliénés du département le 20 février 1856.

Il résulte des renseignements qui nous ont été fournis, que ces dames ne jouissaient pas depuis longtemps de leur raison, et que partant elles se faisaient remarquer par leur excentricité.

Mademoiselle X... nous occupera seule ici. Raisonnable lorsqu'il s'agissait d'intérêt, il n'en était plus ainsi lorsqu'on scrutait sa vie de famille. Logée avec son père, cette malheureuse fut toujours pour ce pauvre vieillard une source de chagrin. Que de faits absurdes d'immoralité ne lui a-t-elle pas reprochés; que de mémoires n'a-t-elle pas adressés à l'autorité pour qu'elle eût à la protéger contre lui; que de visites n'a-t-elle pas faites aux hommes d'affaires pour leur confier ses soucis imaginaires !

M. X... père fut accusé par elle d'avoir favorisé sur sa personne et sur celle de sa sœur un attentat énorme. Après lui avoir fait prendre un narcotique, M. X... aurait introduit dans leur chambre, elle ne sait comment, (car leur porte était toujours fermée en dedans,) M. le sous-préfet de X..., qui avait assouvi sur elle sa passion; une grossesse, dont mademoiselle X... a attendu l'issue pendant près de deux ans, s'en serait suivie. Une chemise trouvée à son domicile portait une étiquette ainsi conçue : « Chemise que je portais dans la nuit fatale du... »

Pénétrée de cette idée, de nombreuses démarches ont été faites par Mademoiselle X... pour avoir une entrevue avec son séducteur; des menaces ont été proférées contre lui, et elle aurait même, ne pouvant pénétrer à la sous-préfecture, cherché à l'attirer dans une autre maison, où elles et sa sœur s'étaient rendues armées de pistolets.

M. M... fils, élève du lycée, âgé de seize ans environ, ayant été pendant les vacances conduit chez son père, Mademoiselle X... après

(1) Dr Dagron, *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses;* 1862.

l'avoir entouré de soins, parce qu'il ressemblait disait-elle à l'un des enfants de sa sœur qu'elles avaient eu le malheur de perdre, le prit tout à coup en aversion : c'était un émissaire de son frère, un polisson qui voulait les violer ; il les suivait pour les compromettre ; elle le voyait et le rencontrait partout ; une fois même, elle poussa l'extravagance jusqu'à faire culbuter une barge de fagot croyant le trouver caché dessous.

Mademoiselle X... ne marchait jamais sans armes ; les plus grandes précautions étaient prises par elle lorsqu'elle se renfermait dans sa maison, et dans une construction qu'elle devait faire, elle ne voulait employer que des serrures de sûreté, non pour se protéger contre les voleurs, car elle ne craignait pas pour sa bourse, mais contre des ennemis imaginaires qui en voulaient à son honneur et à celui de sa sœur.

Son frère, versé dans la magie, ne lui laissait pas, disait-elle, un instant de repos ; son influence occulte s'étendait jusque sur les animaux qu'elle affectionnait. Tantôt il faisait trembler le plancher sur lequel elle marchait ou la faisait danser malgré elle ; tantôt il lui faisait éprouver des sensations étranges qui toutes se rapportaient aux organes génitaux ; d'autres fois, il lui faisait changer de visage, au point que sa sœur avait de la peine à la reconnaître. Son pauvre chat lui-même se ressentait de ses maléfices : que de fois, après avoir fixé longtemps le même endroit, ne s'est-il pas rapproché d'elle en miaulant, etc. !

Ce délire qui durait déjà depuis plusieurs années, devint assez intense en 1856 pour que M. X... dût songer à prendre des mesures pour sa sûreté personnelle et celle de ceux qui l'environnaient.

Le 18 février, il écrivait : « Monsieur, je suis le plus malheureux des pères ; mes filles sont dans un état d'aliénation extrême. Venez constater leur état, je vous prie, et me donner des conseils. »

Le lendemain 19, M. X... fils vint me prendre, et nous nous rendîmes à X... où j'eus avec le père une entrevue chez l'un de ses neveux.

On me raconta que depuis dix nuits, ces dames ne s'étaient pas couchées. Renfermée avec sa sœur, Mademoiselle X... ne voulait pas lui permettre de dormir, et si la malheureuse succombant à la

fatigue, fermait les yeux, elle la réveillait aussitôt, le moindre soupir étant un indice qu'on la violait.

La veille elles s'étaient précipitées sur une personne qui traversait la cour de leur père, et elles lui eussent fait un mauvais parti si l'on ne fut venu leur faire lâcher prise. Le matin, quittant leur appartement, elles s'étaient rendues dans la maison où nous nous trouvions, et la demoiselle X... s'y était livrée à des extravagances sans nombre. Leur exaltation était, me dit-on, à son comble, un malheur était imminent.

Dans une telle occurence, je crus devoir conseiller le transfert dans une maison d'aliénés ; un tel état de choses, en effet, ne pouvait durer plus longtemps sans que l'autorité s'en émût. On y consentit, mais la difficulté était de se rendre maître de ces pauvres femmes qui, une fois barricadées chez elles, pouvaient y soutenir un siège.

Nous en étions là de notre entretien lorsqu'on vint nous prévenir qu'une femme et son enfant venaient d'être renfermés dans leur cuisine et que l'on craignait un accident.

M. X... se rendit sur les lieux, fit tout ce qu'il put pour les calmer, puis, n'y pouvant parvenir, m'envoya dire de venir à son aide.

Accompagné alors d'un gardien que j'avais avec moi, et de deux ou trois personnes de bonne volonté, je courus à la maison, où, me glissant le long des murs, je pus parvenir jusqu'au perron de la cuisine, sur lequel elles se tenaient avec leur père, qui se trouvait heureusement devant la porte pour les empêcher de rentrer.

A ma vue elles se récrièrent ; mais avant qu'elles eussent eu le temps de faire un mouvement, j'étais sur le seuil, les prévenant qu'elles ne pourraient entrer qu'après moi. « Je suis, leur dis-je, M. Dagron ; je viens pour constater votre état et vous engager à vous rendre dans une maison de santé. » Madame X... qui m'avait vu près de son mari, atteint lui-même d'aliénation mentale, me dit que je n'étais pas M. Dagron, et toutes deux alors se précipitèrent sur moi. Une lutte dont je ne pouvais prévoir l'issue, car j'apercevais à deux pas un fusil de chasse, s'en suivit ; les malheureuses me déchirèrent les mains, me mordirent, et l'on ne pût s'en rendre maître qu'en les fixant avec la camisole.

Mademoiselle X... était terrible ; oubliant toute pudeur elle se

roulait à terre comme une furie. Mais bientôt une lueur d'espérance lui venant, elle se releva, et passant dans un petit salon où je la suivis, elle me dit: « que craignez-vous, donnez moi au moins les mains ». Si je l'eusse fait, j'étais perdu: un large couteau de cuisine était caché sous la housse du canapé sur lequel elle était assise.

Confiant alors ces dames à la garde des personnes qui m'avaient accompagné, je rejoignis le père dans un appartement voisin, et il fut décidé qu'elles seraient provisoirement déposées à l'asile de X... M. X... fils fut chargé de remplir toutes les obligations de la loi.

On donna l'ordre d'atteler. Le départ fut moins laborieux que je ne le craignais.

Le long de la route elles furent assez calmes; Mademoiselle X... se plaignait bien pourtant à plusieurs reprises qu'on la violait, et demandait à sa sœur si elle n'en ressentait pas autant. Arrivées à l'asile assez tard dans la soirée, on leur enleva la camisole, et elles furent installées pour la nuit.

Mademoiselle X... fut en proie pendant quelques semaines à une excitation extrême. Des hallucinations sans nombre venaient à chaque instant l'éveiller et, si l'on cherchait à la convaincre de ses erreurs, elle avait aussitôt recours à l'électricité pour tout expliquer.

Que de fois n'a-t-elle pas entendu à travers les murailles des voix ennemies qui conspiraient contre son honneur? Son père, son frère ne lui laissaient pas un instant de repos. M. M... fils, son cousin, rôdait autour des murs pour l'enlever; je la menaçais en imitant la voix de la b...., etc.

La supérieure de l'établissement faisait partie d'une confrérie qui lui voulait du mal; elle avait introduit dans la maison un frère de Saint-Laurent qui était venu la violer, et elle offrait d'en montrer les traces sur sa chemise. On venait, jusque sous ses fenêtres, tirer des coups de fusil, les murs et le lit sur lequel elle couchait étaient chargés d'électricité.

Les aliments qu'on lui faisait prendre contenaient des substances capables de lui nuire. Tous les soirs, avant de se coucher, elle regardait dans les tiroirs des tables, des commodes, pour s'assurer si quelqu'un n'y était pas caché.

Son désespoir parfois était si grand, qu'elle menaçait de se sui-

cider : elle aimait mieux, disait-elle, la mort que d'endurer plus longtemps de telles souillures. Elle eût fui au bout du monde pour y échapper ; toujours prête à partir, elle portait sur elle des sommes assez fortes qui ont été trouvées cousues dans des galons attachés autour du corps.

Des pages sans nombre, qui toutes sont sorties d'ici, ont été écrites par elle. Une d'elles contenait un testament pour la fille d'un aliéniste, dont la veuve quelque temps après, me dénonçait au Président du tribunal pour séquestration illégale, en ces termes :

« Monsieur, ces quelques mots dictés par le cœur, par la conscience surtout, ce n'est pas à l'ami que je les adresse, mais à l'éminent magistrat dont l'humanité, l'équité me sont bien connues, et qui saura faire la lumière.

« Appelées à X..., ma fille et moi, par nos affections et nos intérêts, nous apprenons avec une profonde surprise, une vive douleur, l'incarcération dans l'hôpital des aliénés de X..., de deux sœurs, Madame et Mademoiselle X...

« Quelques épanchements échappés à ces infortunées au milieu des plus grandes souffrances morales laissent bien des doutes ! Une odieuse et cupide haine peut facilement s'exercer contre des femmes privées de tout soutien? Plus de vingt ans passés en contact avec les aliénés, et leurs familles surtout nous ont dévoilé bien d'horribles mystères, etc. »

Cet état a duré avec des alternatives de calme et d'agitation, du 20 février au mois de mai. Il serait fastidieux de répéter ici toutes les idées qui ont traversé ce pauvre cerveau.

Des bains prolongés, quelques irrigations, des antispasmodiques ont triomphé de ces accidents.

En mai, en effet, le calme est revenu, et Mademoiselle X..., sans renoncer à ses idées erronées, me dit : « Eh bien ! lorsque je sentirai qu'on me viole, je me lèverai si je puis me réveiller à temps, et *remuerai tant que cela ne pourra pas entrer.* »

Depuis cette époque l'amélioration a continué, quelques promenades en voiture ont pu être entreprises, la confiance est revenue, et mademoiselle X... a été mise en liberté le 28 juin 1856.

Je n'en avais plus entendu parler, lorsque le 24 mai 1858, je reçus une lettre d'un avocat qui, prétendant qu'elle n'avait jamais

été folle, et que son père avait abusé de ma confiance, se proposait de diriger des poursuites contre lui.

« Cette malheureuse demoiselle, me disait-il, que j'ai souvent dans mon cabinet, a été examinée par moi, et je n'ai jamais reconnu le moindre dérangement dans ses idées; bien au contraire.

J'ai voulu étudier s'il y avait quelque monomanie, une idée fixe; je n'ai rien vu de cela dans son esprit; j'ai besoin d'être renseigné pour savoir qu'elle est la règle de conduite que j'aurai à adopter dans ce conflit qui existe entre le père et la fille, etc. Veuillez m'honorer d'une réponse. »

Je crus devoir répondre que Mademoiselle X... avait été sérieusement malade, que son père avait agi sagement en la faisant traiter dans une maison d'aliénés, et que je craignais bien que cette instance en justice ne fût un symptôme de rechute.

En réponse à cette déclaration, je reçus le 13 juillet une assignation pour comparaître en conciliation devant M. le juge de paix, à l'effet de m'entendre sur une demande en dommages-intérêts de 25,000 francs formulée par Mademoiselle X. . contre son père et moi, mais écrite en entier de la main de son conseiller.

Je fis défaut.

Une nouvelle assignation me fut adressée pour comparaître, cette fois, devant MM. les juges composant le tribunal civil de X... L'affaire fut appelée, mais M. le Procureur impérial demanda, en ce qui me concernait, le rejet de la demande de Mademoiselle X... jusqu'à ce qu'elle eût rapporté une autorisation du Conseil d'Etat, des poursuites ne pouvant être dirigées contre un fonctionnaire public sans cette autorisation.

Mademoiselle X... abandonnant alors les poursuites contre moi, poursuivit son père seul, qui lui répondit par une demande en nomination d'un conseil judiciaire, comme dissipant sa fortune en procès inutiles.

Le tribunal de X... accueillit cette demande; un appel de ce jugement a été soutenu à Poitiers par un des avocats les plus distingués de Paris, lancé on ne sait comment dans cette affaire, mais la cour a confirmé la sentence des premiers juges.

Aujourd'hui Mademoiselle X... vit en liberté, privée de l'administration de ses biens.

III

Dans des conditions assez différentes et peut-être plus communes qu'on ne le croirait, c'est un vieillard qui imprime la direction au délire qu'un adulte, relativement jeune et faible d'intelligence, finit par adopter.

Les délires séniles, quand ils n'arrivent pas à la démence absolue, gardent un aspect raisonnable, ou commandent, par l'âge du délirant, une sorte de respect. Intermittents avec des intervalles de lucidité, excusés par des lacunes de mémoire, ils imposent tout au moins l'indulgence.

Nous ne suivrons pas la folie communiquée sur ce terrain, où les problèmes que soulève la sénilité multiplient les difficultés de la recherche. Aux deux âges extrêmes de la vie, chez l'enfant et chez le vieillard, les troubles de l'intelligence empruntent une partie de leurs caractères à l'évolution ou à l'involution, et ne se dégagent pas, stables, immobilisés, tout prêts pour l'étude, comme chez l'adulte.

IV. *Conclusions.*

Pour résumer ce travail sur la *folie à deux*, nous le terminerons par les conclusions suivantes :

1° Dans les conditions ordinaires, la contagion de la folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'esprit, de même que la contagion des idées délirantes est très rare d'un aliéné à un autre aliéné.

2° La contagion de la folie n'est possible que dans des conditions exceptionnelles que nous venons d'étudier sous le nom de *folie à deux*.

3° Ces conditions spéciales peuvent être résumées ainsi :

a. Dans la folie à deux, l'un des individus est l'élément actif; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second, qui constitue l'élément passif. Celui-ci résiste d'abord, puis subit peu à peu la pression de son congénère, tout en réagissant à son tour sur lui, dans une certaine mesure, pour rectifier, amender et coordonner le délire, qui leur devient

alors commun et qu'ils répètent à tout venant, dans les mêmes termes et d'une façon presque identique.

b. Pour que ce travail intellectuel puisse s'accomplir parallèlement dans deux esprits différents, il faut que ces deux individus vivent, pendant longtemps, absolument d'une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances, et en dehors de toute autre influence extérieure.

c. La troisième condition, pour que la contagion du délire soit possible, c'est que ce délire ait un caractère de vraisemblance, qu'il se maintienne dans les limites du possible ; qu'il repose sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir. Cette condition de vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à un autre et permet à la conviction de l'un de s'implanter dans l'esprit de l'autre.

4° *La folie à deux* se produit toujours dans les conditions ci-dessus indiquées. Toutes les observations présentent des caractères très analogues, sinon presque identiques, chez l'homme et chez la femme, comme chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.

5° Cette variété de la folie est plus fréquente chez la femme, mais on l'observe aussi chez l'homme.

6° On pourrait faire intervenir dans sa production l'hérédité, comme cause prédisposante, lorsqu'il s'agit de deux personnes appartenant à la même famille, comme la mère et la fille, les deux sœurs, le frère et la sœur, la tante et la nièce, etc. Mais cette cause ne peut plus être invoquée dans les cas où il n'existe entre les deux malades aucun lien de parenté, par exemple lorsque la maladie se produit entre le mari et la femme.

7° L'indication thérapeutique principale consiste à séparer l'un de l'autre les deux malades. Il arrive alors que l'un des deux peut guérir, surtout le second, quand il est privé du point d'appui de celui qui lui a communiqué le délire.

8° Dans la plupart des cas, le second malade est moins fortement atteint que le premier. Il peut même quelquefois être considéré comme ayant subi une simple pression morale passagère, et comme n'étant pas aliéné, dans le sens social et légal du mot. Il n'a pas alors besoin d'être séquestré, tandis que l'on fait enfermer son congénère.

9° Dans quelques cas rares, la pression morale exercée par un aliéné sur un autre individu plus faible que lui, peut s'étendre à une troisième personne, ou même, dans une mesure plus faible, à quelques personnes de l'entourage. Mais il suffit alors presque toujours de soustraire l'aliéné actif à ce milieu qu'il a influencé à divers degrés, pour que l'entourage abandonne peu à peu les idées fausses qui lui avaient été communiquées.

XV

LA FOLIE CIRCULAIRE OU FOLIE A FORMES ALTERNES (1)

— 1878-1879 —

La pathologie mentale, malgré son apparente immobilité, fait tous les jours de nouveaux progrès. Les doctrines de nos maîtres, Pinel et Esquirol, dominent toujours notre science spéciale d'une manière presque exclusive, et sont acceptées comme la loi suprême, à laquelle personne encore ne songe à se soustraire.

Mais la science poursuit néanmoins sa marche progressive et, à chaque instant, de nouvelles découvertes viennent ébranler les fondements de leur classification, en attendant qu'une main puissante vienne enfin remanier de fond en comble cet édifice, aujourd'hui miné de toutes parts.

La découverte de la paralysie générale a été la première atteinte portée à cette classification. Cette maladie renferme en effet dans son sein les quatre formes principales de la classification régnante : la manie, la mélancolie, la monomanie et la démence, présentant des caractères spéciaux et dominées, comme de simples états symptomatiques, par une unité morbide supérieure, caractérisée anatomiquement par la périencéphalite chronique, aboutissant peu à peu à l'atrophie cérébrale progressive. L'observation attentive des diverses formes mentales que revêt l'alcoolisme, aigu ou chronique, a fait une nouvelle brèche dans la classification de nos maîtres, en démontrant que les quatre formes admises par eux pouvaient se trouver réunies, sous la dépendance d'une cause unique, l'intoxication alcoolique, qui leur imprimait des caractères particuliers permettant d'en reconnaître l'origine.

Il en est de même des études plus approfondies sur l'hérédité

(1) *Archives générales de médecine, décembre 1878 et janvier 1879.*

nerveuse, commencées par Moreau de Tours (1) et Prosper Lucas (2), et qui ont été élevées à l'état de théorie générale par notre si regretté maître le Dr Morel de Saint-Yon (3).

Cet auteur a posé, en effet, les premiers fondements d'une théorie générale de l'hérédité, qui deviendra la base d'une nouvelle doctrine scientifique, destinée à remplacer celle qui existe aujourd'hui, en rattachant les caractères des diverses formes de maladies mentales à une cause supérieure, l'hérédité, qui les domine toutes et imprime à chacune d'elles des caractères spéciaux et une marche particulière bien dignes de fixer l'attention des observateurs.

A ces travaux si importants, nous devons encore ajouter d'autres études sur des points spéciaux, tels que le délire de persécution, l'état mental des épileptiques, des hystériques et des aphasiques, et les recherches récentes sur les folies raisonnantes et les troubles intellectuels liés à diverses névroses émotives, travaux qui contribueront également à transformer complètement les doctrines régnantes en pathologie mentale. Mais parmi toutes ces études nouvelles, qui réagiront puissamment sur les principes généraux de la médecine mentale, il en est une, en apparence plus modeste, qui a néanmoins une véritable importance. Nous voulons parler de la découverte de la folie circulaire ou folie à double forme, maladie décrite d'abord par mon père et par M. Baillarger en 1854. C'est cette espèce de maladie mentale que nous nous proposons d'étudier actuellement.

Elle consiste essentiellement dans l'alternance de l'état maniaque et de l'état mélancolique, séparés ou non par un intervalle lucide plus ou moins prolongé. Cette succession régulière, chez un même malade, de deux états symptomatiques, considérés jusqu'à présent comme constituant deux formes distinctes de maladies mentales, et qui ne représentent plus que deux périodes successives d'une même espèce morbide, caractérisée par la marche de ces états pathologiques plutôt que par leurs symptômes propres, est certainement la négation la plus absolue de la classification régnante.

(1) Moreau de Tours, *Psychologie morbide*, 1859.

(2) Lucas, *Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle*. Paris, 1847-1850.

(3) Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine;* Paris, 1857.

C'est la démonstration que la manie et la mélancolie ne sont pas de véritables formes naturelles de maladies mentales, mais de simples états symptomatiques, susceptibles de revêtir des formes diverses, selon la nature de la cause ou de l'affection principale, qui leur imprime son cachet particulier et domine toutes leurs manifestations. Dans ce mémoire, nous nous proposons d'étudier cette forme spéciale de maladie mentale, connue sous le nom de *folie circulaire ou de folie à double forme*, et à laquelle nous donnerons également le nom, déjà proposé par plusieurs auteurs, de folie à formes alternes.

Nous commencerons cette étude par la description rapide des deux états principaux qui, par leur alternance ou leur succession régulière constituent cette maladie spéciale : l'état mélancolique, ou période de dépression, et l'état maniaque, ou période d'excitation. Après la description symptomatique, qui servira de base à notre travail, nous aborderons les autres parties de l'histoire de cette forme de la folie, qui mérite certainement d'être admise, comme espèce distincte, dans la classification des maladies mentales.

PREMIÈRE PARTIE

DESCRIPTION DE LA FOLIE CIRCULAIRE

1° *Période mélancolique.*

Les malades atteints de folie circulaire ne se présentent pas tous sous la même forme mélancolique, et nous aurons à décrire divers degrés de cet état, selon les catégories de malades. Néanmoins un fait général, important à signaler, domine tous les autres, c'est que l'état mélancolique est plus caractérisé, chez ces malades, par le fond même de la dépression et de la mélancolie simple, que par les conceptions délirantes tristes qui, lorsqu'elles existent, n'y jouent qu'un rôle très secondaire.

Ce qui domine donc dans la mélancolie des malades atteints de folie circulaire, c'est l'état général de dépression. Ces malades observés, soit dans la pratique privée (ce qui est le cas le plus habi-

tuel), soit dans les asiles des aliénés, se présentent en général à l'observateur sous l'aspect suivant : ils sont affaissés, déprimés et disposés à l'immobilité. Ils ont une tendance naturelle à rester assis ou couchés, et ne se livrent au mouvement que quand ils y sont contraints et forcés.

Si vous les interrogez, ils ont en général peu de tendance à vous répondre et sont plus disposés au silence qu'à la conversation. Cependant, dans le premier degré de la maladie, ils parlent encore assez volontiers et alors, ils ne cessent pas de se plaindre de leur pénible état et de leurs souffrances physiques et morales. Ils sont les plus malheureux des hommes, disent-ils ; ils ont perdu toute leur activité physique et morale, et ils ont conscience de cette insuffisance de leurs forces physiques et intellectuelles.

Ils ne sont plus capables de rien, ajoutent-ils, et ils souffrent un véritable martyre. Ils n'ont plus ni sentiment ni affection pour leurs parents ni pour leurs enfants. Ils sont devenus insensibles à tout, et la mort même des personnes qui leur étaient chères les laisserait indifférents et froids. Ils ne peuvent plus pleurer et rien ne les émeut en dehors de leurs propres souffrances. Ils accusent un malaise indéfinissable, un sentiment général de fatigue et d'incapacité physique et morale ; le moindre mouvement leur coûte et leur est pénible. Ils ne peuvent plus vouloir. Ils manquent complètement de désir et d'impulsion. Ils resteraient des heures entières dans la même attitude et dans la même immobilité, sans pouvoir se décider à rien. Tout leur est à charge. Ils ne peuvent plus s'occuper et négligent tous leurs devoirs de famille, ainsi que ceux de leur profession. Leur intelligence est ralentie dans son mouvement et obscurcie dans la netteté de ses conceptions. Ils n'ont presque plus d'idées et ne peuvent plus penser. Toute réflexion et toute conversation leur demandent un grand effort et deviennent pour eux une fatigue qu'ils cherchent à éviter à tout prix.

Leur santé physique se ressent également de cet état d'affaissement et de dépression du moral. Ils maigrissent d'une façon notable. Les digestions sont pénibles et la nutrition se fait mal. La peau devient sèche et rugueuse. Toutes les sécrétions sont diminuées ou même taries, comme celles de la salive et des larmes. Toutes les fonctions sont ralenties. dans leur mouvement, la respiration et la circulation, par exemple

Le nombre des respirations par minute est notablement diminué. Le mouvement respiratoire est presque insensible, et quelques soupirs, qui se produisent de temps en temps, suppléent à l'insuffisance de la respiration habituelle. Le pouls surtout est très ralenti, et l'on a même cité quelques exemples où il était descendu à 45 pulsations par minute. Les extrémités sont froides, quelquefois même enflées ou bleuâtres, parce que la circulation y est très lente et très incomplète. Les urines sont rares et très peu abondantes, et la transpiration presque nulle.

Ces malades accusent le plus souvent une douleur poignante à la région de l'épigastre, douleur accompagnée d'angoisse physique et morale, représentant à la fois une sensation de pression douloureuse et de griffe, à laquelle on a donné le nom classique d'*anxiété précordiale*. La tête leur paraît lourde et comme serrée dans un étau, d'une tempe à l'autre, en même temps qu'ils accusent, dans l'intérieur du crâne, un sentiment de vacuité qui leur est très pénible et qui ne les quitte presque jamais, pendant toute la période mélancolique, tandis que ces sensations disparaissent, comme par enchantement, lorsque surviennent les premiers symptômes de la période d'excitation.

Leurs actes, leur tenue et leur manière d'être se ressentent nécessairement de l'état général de dépression physique et morale.

Au lieu de sortir au dehors, de se promener, de faire des visites, de se livrer à diverses occupations, ils restent chez eux pendant des journées entières, pendant des semaines et même pendant plusieurs mois, dans la plus complète inaction.

Quelques-uns d'entre eux, dans les cas extrêmes, quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, restent au lit presque constamment, ou bien ne sortent jamais de leur chambre, ne laissent entrer personne chez eux et s'y barricadent avec soin contre l'air et même contre la lumière.

Pendant cette période mélancolique, les malades n'ont aucun soin de leur personne. C'est à peine s'ils songent aux détails les plus indispensables de la propreté. Ils n'ont aucun souci de leur toilette, ils négligent tous leurs vêtements, et ne s'habillent qu'à moitié. Dans les cas extrêmes, ils ne songeraient même pas à manger ou à accomplir les actes les plus indispensables de la vie, si l'on ne

veillait pas sur eux et si les personnes de leur entourage ne les stimulaient pas à chaque instant pour secouer leur paresse et leur malpropreté et pour les obliger à sortir de leur chambre, à se nourrir ou à se vêtir convenablement.

Tel est, d'une manière très abrégée, le tableau de l'état physique et moral que présentent les malades atteints de folie circulaire, pendant la phase mélancolique de leur affection. D'après ce tableau, on voit que ce qui domine chez eux, c'est l'état d'affaissement et de dépression de toutes les facultés physiques et morales, état général de mélancolie qui constitue le fond indispensable de toutes les variétés de cette forme de maladie mentale.

Cependant, pour tenir compte de l'observation de tous les faits, il convient d'ajouter que, si cet état général de dépression existe dans tous les cas, et s'il existe seul dans un grand nombre d'entre eux, il est pourtant d'autres malades, également assez nombreux, chez lesquels la maladie acquiert un degré plus grand d'intensité et où d'autres phénomènes viennent se surajouter, surtout à certaines périodes des accès, à ce fond général de mélancolie simple ou sans délire.

On doit noter sous ce rapport deux degrés différents de l'état mélancolique.

Dans l'un de ces degrés de plus grande intensité du mal, des conceptions délirantes tristes viennent se greffer sur le fond mélancolique. Certains malades, par exemple, ont un dégoût prononcé de la vie *(tædium vitæ)*, avec un pen chant au suicide très caractérisé ; quelques-uns d'entre eux arrivent même jusqu'à l'accomplissement de l'acte. D'autres ont des idées d'empoisonnement et peuvent même en venir jusqu'au refus plus ou moins absolu des aliments. D'autres enfin manifestent des conceptions délirantes de ruine, d'incapacité, de culpabilité ou de damnation, semblables à celles des autres formes de la mélancolie, qui surnagent de temps en temps sur le fond constant et immobile de la dépression physique et morale.

Enfin, il est encore un degré plus prononcé de l'état mélancolique que l'on observe dans certains cas plus intenses de folie circulaire, ou dans quelques-uns des accès de cette affection. C'est l'état de mélancolie porté jusqu'au degré de la stupeur. Les malades restent alors absolument immobiles dans un coin, debout ou assis

sur une chaise ou sur un fauteuil, la tête et les yeux baissés, quelquefois tournés du coté de la muraille, ne proférant plus une seule parole, ne répondant à aucune question, ayant quelquefois les extrémités enflées et bleuâtres et présentant ainsi, à première vue, l'aspect extérieur des malades atteints de la forme de mélancolie à laquelle on a donné le nom de mélancolie avec stupeur. Mais il ne faut pas s'y tromper et ce ne sont là que des apparences.

Ces malades, muets et immobiles, paraissant plongés dans la stupeur, continuent néanmoins à penser et à réfléchir intérieurement et assistent, bien plus que les autres malades atteints de mélancolie avec stupeur, à tout ce qui se passe au dehors. Ils semblent étrangers au monde extérieur, mais, en réalité, ils voient et ils entendent tout ce qui se dit autour d'eux. Ils y assistent si bien que, plus tard, quand ils arrivent à la période d'excitation, ils peuvent rendre compte, avec beaucoup de détails, de tous les faits dont ils ont été témoins pendant leur état de mutisme et d'immobilité, au grand étonnement de ceux qui les ont observés pendant cette période et qui les croyaient absolument endormis.

2° *Période d'excitation maniaque.*

L'état d'excitation, chez les individus, atteints de folie circulaire présente précisément les caractères inverses de ceux que nous venons de décrire pour la période de dépression. Ils consistent le plus souvent dans une simple surexcitation de toutes les facultés physiques et morales, sans délire bien caractérisé, c'est-à-dire qu'ils présentent les phénomènes fondamentaux de l'excitation maniaque, sans prédominance bien marquée dans les idées délirantes ni dans les altérations des sentiments et des actes.

Arrivés à cet état progressivement ou d'emblée, ces aliénés ont un besoin incessant de mouvement et d'activité physique et morale. Ils ne peuvent rester un instant en repos et ne cessent pas de parler et d'agir. S'ils sont en liberté, ils sortent constamment de chez eux, font des visites continuelles, écrivent des lettres, font des invitations à dîner, veulent aller au spectacle, aux soirées, font de la nuit le jour et ne peuvent pas rester un instant tranquilles.

Ils conçoivent les projets les plus variés, souvent même les plus

absurdes et les plus irréalisables. Ils veulent entreprendre des voyages, des achats, des constructions, etc. Ils ressemblent beaucoup, sous ce rapport, aux individus qui se trouvent à la première phase de l'ivresse, ou dans la période prodromique de la paralysie générale, sans être cependant aussi absurdes dans leurs projets et dans leurs actes que les aliénés atteints de cette dernière forme de maladie mentale.

Leur intelligence est surexcitée dans l'ensemble de ses facultés. Autant elle était ralentie pendant la période de dépression, autant elle est active et surexcitée pendant la période dont nous nous occupons.

Les idées pullulent et se succèdent avec une telle rapidité, que l'esprit n'a le temps de s'arrêter à aucune d'elles; il peut à peine terminer l'expression d'une idée qu'une autre a déjà surgi et s'y intercale, sans lien et sans transition apparente. C'est une véritable fermentation intellectuelle, pendant laquelle les pensées les plus opposées se suivent et se remplacent avec une rapidité de production plus grande encore que la volubilité de la parole ne permet de les exprimer. L'intelligence fonctionne chez ces malades avec une si grande facilité qu'ils s'étonnent eux-mêmes d'avoir acquis une fécondité d'idées et d'imagination qu'ils ne possédaient pas à l'état normal. Ceux qui les ont connus autrefois partagent leur étonnement, ne les reconnaissent plus et leur trouvent plus d'intelligence et plus d'esprit qu'ils n'en avaient avant leur maladie. La mémoire est surexcitée comme les autres facultés. Les malades se rappellent les circonstances les plus insignifiantes de leur vie passée et évoquent des souvenirs qui paraissaient depuis longtemps effacés de leur mémoire. Ils ont une facilité d'élocution qui ne leur était pas habituelle et ils récitent de longs passages des auteurs classiques, avec une fidélité de souvenirs dont ils n'auraient pas été capables dans leur état normal. Ils composent des vers, parlent plusieurs langues et se montrent, sous tous les rapports, non seulement supérieurs à eux-mêmes, mais à la plupart des autres personnes qui les environnent. Il est juste d'ajouter cependant, qu'il se mêle toujours à cette suractivité un grand désordre, une grande bizarrerie de conceptions, et une succession rapide d'idées contradictoires qui, sans arriver jusqu'au degré d'une véritable incohé-

rence, dénotent néanmoins chez eux l'existence d'un trouble mental très étendu, malgré la fécondité apparente des pensées, la facilité des réparties et les traits d'esprit qui se manifestent fréquemment dans leur langage.

Les sentiments et les penchants, c'est-à-dire la partie affective de notre être, sont aussi surexcités chez ces malades que leur intelligence. Toutes les passions humaines les plus contradictoires sont en fermentation dans leur cœur de même que les idées les plus disparates pullulent dans leur esprit. Ils manifestent alternativement la joie la plus excessive et des émotions passagères de tristesse qui leur font verser des larmes. Ils passent brusquement de l'affection à la colère, des passions érotiques les plus violentes aux mouvements de haine, de jalousie et de vengeance les plus dangereux.

Malgré leur gaieté habituelle et leur état de satisfaction, ces malades sont les plus malveillants, les plus taquins et les plus malfaisants de tous les aliénés. Ils inventent à chaque instant les histoires les plus fausses et les plus mensongères et ils les affirment avec un cynisme qui n'a son analogue que chez les femmes hystériques. Ils racontent les inventions les plus invraisemblables avec l'accent de la vérité la plus convaincue ; ils attaquent la réputation, l'honneur et la moralité de tous ceux qui les entourent, avec une précision de détails et une persistance maladive qui parviennent souvent à porter la conviction dans l'esprit de ceux qui les écoutent, même alors qu'on les connaît le mieux et que l'expérience du passé devrait tenir en garde contre leur caractère malveillant et contre leurs inventions mensongères.

La partie impulsive de notre être participe à cette surexcitation de toutes les facultés. Souvent, dans leurs moments de plus grande excitation, ces malades ne connaissent plus d'obstacles et se livrent aux mouvements les plus violents Non seulement ils deviennent incoercibles et presque impossibles à diriger, à cause de l'extrême désordre de leur conduite, mais ils peuvent devenir dangereux par les actes violents auxquels ils s'abandonnent.

C'est, en effet, par leurs actes, plus encore par leurs discours, que se manifeste chez ces malades le trouble profond qui existe dans leur état intellectuel et moral.

Ils ont, dans leur manière d'être, dans leur tenue, dans tout leur

maintien, un ensemble de caractères qui les distinguent de tous les autres malades atteints, comme eux, d'un délire maniaque plus ou moins intense. Ils conservent à première vue certaines apparences de la raison, et cependant ils sont en réalité les plus désordonnés des aliénés.

Pendant leur excitation, même la moins intense, ils ne font rien comme tout le monde et se singularisent dans chacun de leurs actes Leur manière de marcher, de parler et de se présenter, leur attitude leurs poses, leur maintien ont quelque chose de tout à fait spécial, qui permet de les reconnaître, même à distance, dans les cours des asiles d'aliénés. Il n'est pas jusqu'à leur manière de se vêtir, à leur accoutrement, qui n'ait quelque chose de particulier. Leurs vêtements sont en désordre, à moitié déchirés, malpropres et bizarrement disposés, et dans nos asiles modernes, aujourd'hui si régulièrement administrés au point de vue de l'uniformité de la tenue des aliénés, les malades qui se trouvent dans la période d'excitation de la folie circulaire sont peut-être les seuls qui aient su conserver la bizarrerie et la singularité du costume qui caractérisait autrefois tous les habitants des asiles d'aliénés et qui étaient comme l'enseigne et la manifestation extérieure la plus saillante de la folie. Ces malades sont remuants, taquins, malpropres et désordonnés. Ils aiment à faire des niches ; ils ramassent tous les objets qui leur tombent sous la main, des papiers, des chiffons, des morceaux de bois ; ils en remplissent leurs poches et les tiroirs de leurs appartements, et l'on pourrait dire, sans exagération, qu'il suffirait presque de les fouiller pour arriver, sans aucun autre renseignement antérieur, au diagnostic de leur affection.

Les symptômes physiques correspondent exactement aux phénomènes de l'ordre intellectuel et moral, et ils peuvent tous se résumer dans le fait général de la surexcitation de toutes les fonctions : sentiment général de bien-être et d'exubérance de la santé ; besoin incessant de mouvement musculaire, sans jamais ressentir la moindre fatigue ; absence complète de toute sensation douloureuse ; insomnie habituelle ; accroissement de l'appétit ; augmentation d'activité des fonctions digestives et des fonctions de nutrition ; accélération du pouls et de la respiration ; surexcitation fréquente des fonctions génitales, chez l'homme et chez la femme ; enfin, légers symp-

tômes de congestion vers la tête, phénomènes congestifs qui rapprochent certains cas de folie circulaire des périodes d'excitation de la paralysie générale au début ; tel est le tableau sommaire des symptômes physiques qui accompagnent habituellement la phase d'excitation de la folie circulaire. Cette description abrégée peut donner une idée exacte de la période d'excitation maniaque, d'après les faits les plus fréquents et les plus habituels qui doivent servir de type à la description classique de la maladie. Mais, pour rester complètement dans la vérité de l'observation, il importe d'ajouter qu'il est quelgues cas de folie circulaire, où quelques-uns des stades de cette affection, qui présentent des degrés d'excitation beaucoup moins accusés, quoiqu'encore très évidents, et d'autres, au contraire, dans lesquels l'excitation peut dépasser la mesure de la simple excitation maniaque raisonnante, pour revêtir tous les caractères d'un accès de manie ordinaire, avec trouble mental plus complet, avec conceptions délirantes très caractérisées, quelquefois même avec idées de satisfaction et de grandeur et avec une violence excessive des actes et un trouble du langage qui peuvent arriver jusqu'au degré de l'incohérence maniaque la plus prononcée.

Nous n'avons qu'à indiquer ici ces différents degrés de l'excitation maniaque que l'on observe surtout parmi les malades enfermés dans les asiles d'aliénés, plutôt que chez ceux qui sont restés dans leurs familles. Nous aurons à revenir sur ces divers détails de la description, à l'occasion de la marche de cette forme de maladie mentale.

3° *Intervalle lucide.*

Pour compléter l'étude clinique de cette espèce d'aliénation mentale, il nous reste maintenant à parler de l'*intervalle lucide*, qui existe fréquemment entre ces deux états, qui peut être considéré comme une troisième période de cette affection, et qui sert à compléter le cercle d'états variés dont le roulement non-interrompu constitue le caractère fondamental de cette variété de la folie, — La première question qui se présente est celle-ci : Existe-t-il toujours un véritable intervalle lucide dans tous les cas de folie circulaire, et n'a-t-on pas observé des faits dans lesquels on pouvait en admettre deux à chaque cercle ?

A cette question nous répondrons, d'après notre observation personnelle et d'après l'ensemble des faits publiés en France et à l'étranger. Sans doute, on observe des cas exceptionnels dans lesquels les deux états de mélancolie et d'excitation se succèdent indéfiniment sans aucun intervalle lucide (faits qui mériteraient plus particulièrement le nom de folie à formes alternes) ; il en est quelques autres également, dans lesquels on a cru pouvoir établir cliniquement l'existence de deux phases de raison placées entre chacune des périodes morbides ; mais dans la grande majorité des cas, il n'y a qu'un seul intervalle lucide vrai, d'une durée plus ou moins longue, et il se produit le plus souvent après la période mélancolique.

Pour la description clinique de la maladie, et surtout au point de vue de la médecine légale, il importe d'entrer dans quelques détails sur les caractères qui permettent de distinguer le faux intervalle lucide du véritable intermède de raison.

Supposons un malade dans la période d'excitation de la folie circulaire. Après avoir atteint un degré plus ou moins élevé selon les cas, l'état maniaque baisse peu à peu de niveau. Le malade commence à être moins violent dans ses paroles et dans ses actes. Il parle beaucoup moins ; il ne brise et ne déchire plus ; il reprend les apparences de la raison au point de vue de son maintien, de sa toilette et de la plupart de ses actes, et il apprécie plus sainement toutes les choses du monde extérieur ; mais il n'est pas cependant revenu à lui-même. Il voit tout en beau ; il fait encore quelques projets souvent réalisables, mais peu en rapport avec sa situation actuelle et ses habitudes antérieures ; il parle toujours avec volubilité ; il a beaucoup de vivacité dans les mouvements, ne peut pas rester en place, se mêle de tout ce qui ne le regarde pas ; n'apprécie convenablement ni son état maladif antérieur, ni son excitation actuelle, en un mot, tous ceux qui l'observent pour la première fois, dans ce degré évidemment très-amoindri de son affection constatent néanmoins qu'il est encore très exalté et qu'il est loin d'être revenu à l'état physiologique. Eh bien, à cette époque de déclin de l'état maniaque, il peut se produire trois variétés de marche de la maladie.

La décroissance peut être lente et progressive ; c'est, selon nous,

le cas le plus fréquent. Peu à peu l'excitation baisse de niveau, pour arriver enfin à un état de calme plat, à une sorte d'équilibre de raison, que l'on peut comparer au repos passager de la mer, entre la marée montante et la marée descendante. Mais ce calme est très imparfait et de bien courte durée. A peine a-t-on vu disparaître les dernières traces de la période d'excitation que l'on voit déjà poindre les premiers linéaments de la période mélancolique qui commence. Au lieu de remuer sans cesse, d'être poussé à parler spontanément, le malade n'agit que lorsqu'il y est forcé, par une circonstance quelconque ou par une volonté étrangère ; il ne recherche plus avec avidité la société et les conversations d'autrui ; il commence au contraire à préférer la solitude de l'isolement, à fuir le monde et à se retirer à l'écart.

Ce sont là les signes évidents de la période mélancolique commençante, qui s'accentue bientôt de plus en plus, pour arriver plus ou moins rapidement à son summum d'intensité.

Dans ces cas de transition presque insensible entre la phase d'excitation et la phase de dépression, il est très difficile de saisir un moment, même passager, pendant lequel on pourrait affirmer que le malade est complètement revenu à son état normal. Il n'existe pas en effet de limite appréciable entre le dernier degré de l'échelle descendante de l'excitation et le premier degré de la dépression ascendante. Le passage de l'une à l'autre se fait par transitions insensibles et est comparable au passage du jour à la nuit, ou de la nuit au jour. Ici, comme dans la nature, on voit les dernières ombres de la nuit s'effacer peu à peu devant les premiers rayons du jour.

Le passage de l'excitation à la dépression peut encore s'opérer de deux autres façons, et dans les deux cas il n'y a pas d'intervalle lucide vrai.

La transition s'effectue par oscillations successives ou d'une manière tout à fait brusque. Dans le premier mode, on observe, à plusieurs reprises, des alternatives rapprochées de manie et de mélancolie. Le malade que l'on avait laissé la veille dans un état évident d'excitation, on le retrouve le lendemain tombé dans la dépression. Celle-ci se prolonge pendant quelques jours pour faire place de nouveau à un retour d'excitation, et après plusieurs oscillations de ce genre, d'une durée variable, la période mélancolique finit par s'éta-

blir définitivement et d'une manière continue pendant longtemps.

Enfin, il est des cas, plus fréquents qu'on ne croit, sur lesquels plusieurs auteurs ont déjà attiré l'attention et où la transformation entre les deux états se fait d'une manière presque subite, sans transition aucune. Le malade, qui s'est endormi la veille dans l'excitation se réveille le lendemain dans la dépression.

La métamorphose complète de la personnalité a lieu ainsi dans l'espace d'une nuit, ou du jour au lendemain, sans aucun retour de l'excitation précédente.

Le même processus peut être observé dans le passage de la mélancolie à l'excitation; il n'existe pas alors de véritable intervalle lucide entre les deux périodes.

La maladie est constituée par l'alternative régulière des deux états de manie et de mélancolie, sans troisième période intercalaire.

Mais, d'après nos observations et d'après celles qui sont consignées dans la science, ces faits nous paraissent constituer l'exception et non la règle.

Dans la majorité des cas, au contraire, on doit admettre, comme l'a dit mon père, une troisième période, ou période d'intervalle lucide, entre la mélancolie et le retour de l'excitation.

Après une durée plus ou moins prolongée de la phase mélancolique, avec les caractères spéciaux que nous lui avons assignés on voit cet état diminuer d'intensité, par nuances successives, et arriver enfin à un degré de dépression légère, après lequel le malade reprend peu à peu toutes les habitudes de sa vie normale.

Il recommence à s'occuper et il rentre dans l'exercice de ses devoirs de famille et de ceux de sa profession. Il n'a plus le sentiment de malaise général, ni celui de profonde incapacité physique et moral qu'il avait auparavant. Il déclare qu'il ne souffre plus, sans cependant avoir le sentiment de bien-être exagéré et de force exubérante qui signalera le retour de la période d'excitation. Il apprécie convenablement sa situation passée et son état actuel. Il ne voit plus tout en noir, et cependant il n'éprouve pas encore la tendance générale à l'optimisme qu'il manifestera plus tard. Il a repris réellement le caractère qu'il avait avant sa maladie. En l'étudiant profondément, au point de vue psychologique, on ne peut parvenir à le trouver, ni différent de lui-même à son état normal,

ni différent du type habituel de l'humanité, qui sert de critérium pour distinguer la raison de la folie. On est bien obligé, malgré les opinions théoriques que l'on peut professer, de reconnaître que ce malade se trouve dans un véritable intervalle lucide, c'est-à-dire dans un état d'équilibre de raison aussi parfait que possible entre l'excitation et la dépression. Si, comme cela a lieu quelquefois, cet état était de très courte durée, on pourrait encore douter de son existence, comme période vraiment distincte de la maladie; mais, d'après toutes les observations publiées, il est impossible de nier que ce stade de raison peut se prolonger, non-seulement pendant plusieurs mois, mais encore pendant plusieurs années. Il faut donc bien admettre que l'intervalle lucide existe, et qu'il doit figurer comme élément dans la description générale de la maladie.

Or, c'est là un fait clinique d'une grande importance au point de vue de la possibilité de faire sortir ces malades des asiles d'aliénés pendant la période de retour à la raison, mais surtout au point de vue de la médecine légale et de la responsabilité criminelle et civile de ces malades pendant la phase d'intermittence.

Après une durée de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années, cet état d'équilibre de raison, que l'on pourrait prendre pour une guérison véritable, est remplacé, tantôt subitement, tantôt d'une manière successive mais presque toujours rapide, par une nouvelle période d'excitation maniaque, qui présente absolument les mêmes caractères que les périodes antérieures. Ainsi se trouve complété, par le retour des mêmes états pathologiques, le cycle morbide qui caractérise essentiellement la folie circulaire.

Après avoir étudié très rapidement les éléments symptomatiques habituels d'un cercle complet de cette affection mentale, nous devons maintenant décrire sa marche, envisagée dans son ensemble et avec les variétés qu'elle comporte.

DEUXIÈME PARTIE

MARCHE DE LA FOLIE CIRCULAIRE

Période de début. — Cette maladie, essentiellement constitutionnelle et héréditaire, débute le plus souvent après l'époque de la puberté, sans causes occasionnelles appréciables, ou du moins sous l'influence de causes insuffisantes pour en expliquer la production.

Quelquefois cependant elle ne survient qu'à une époque plus avancée de la vie, à la suite d'une chute sur la tête ou d'une cause traumatique quelconque, après l'accouchement ou sous l'influence d'une cause morale qui semble pouvoir être mise en relation avec l'origine de cette affection. Ses débuts sont du reste peu connus. Rarement, en effet, elle est observée par les médecins à cette période, et l'on est obligé de reconstituer l'histoire des premières phases de la maladie, à l'aide des renseignements fournis par les parents ou par les malades eux-mêmes, longtemps après sa première apparition.

Le début le plus ordinaire a-t-il lieu par la phase mélancolique ou par la phase maniaque ? C'est là un point de l'histoire de cette maladie qui nous paraît encore douteux, dans l'état actuel de la science, et qui appelle de nouvelles observations.

Il existe, il est vrai, des faits de deux ordres, mais quel est le cas le plus fréquent, c'est ce qu'il est difficile d'établir avec certitude.

Pour notre part, nous sommes disposés à admettre, avec plusieurs auteurs, que le début le plus habituel se fait par la période mélancolique, plutôt que par la période maniaque, ainsi que Guislain l'a proclamé du reste pour toutes les maladies mentales. Ce stade mélancolique initial est-il plus intense et plus prolongé que les stades mélancoliques de cercles ultérieurs, et est-il suivi d'un intervalle lucide plus long et plus complet que tous les autres, ainsi que l'affirme Ludwig Meyer (1) ? C'est ce qu'il est bien difficile d'établir scientifiquement ; toujours est-il que la folie circulaire paraît débuter

(1) Ludwig Meyer, *Archiv fur psychiatrie*, t. IV, p. 141 ; Berlin, 1873.

le plus souvent par la période mélancolique, suivie d'un intervalle lucide assez prolongé, avant l'explosion de l'état maniaque.

Est-il vrai également, comme on l'a prétendu, que la maladie ne prend pas toujours d'emblée son caractère accentué de folie à double forme, et qu'elle peut, dans quelques cas rares, se présenter d'abord sous la forme de plusieurs accès mélancoliques simples, séparés par des intervalles de raison plus ou moins prolongés, avant que survienne le premier accès maniaque, à la suite duquel la maladie arrive enfin à se constituer définitivement et à revêtir le caractère d'accès à double forme, qu'elle conserve désormais pendant toute la vie des individus qui en sont atteints? Ces points de l'histoire de la folie circulaire, dans ses premiers débuts, nous paraissent encore obscurs et ne nous semblent pas pouvoir être établis avec certitude à l'aide des observations actuellement connues.

Quoi qu'il en soit, la maladie, une fois constituée à l'état d'accès à double forme, conserve ce caractère essentiel, avec de simples différences de degré ou de durée, pendant toute la vie des individus qui en sont atteints.

Ces différences dans le degré d'intensité des accès et de chacun de leurs stades, chez le même individu ou chez des individus différents, de même que dans la durée des périodes diverses ont une grande importance pratique et méritent d'être étudiées avec soin, comme variétés distinctes dans l'évolution de la maladie.

Variétés de marche. — Et d'abord, on doit admettre, dans la marche de la folie circulaire deux grandes divisions principales, sous le rapport de la durée relative des accès : *La folie circulaire à courtes périodes et la folie circulaire à longues périodes.*

La première catégorie de faits est la plus rare, mais on l'observe encore assez fréquemment pour qu'elle mérite une mention spéciale. On a cité, en effet, un certain nombre d'observations de folie circulaire, dans lesquelles la durée de chaque stade était réellement très courte, depuis les cas très rares d'alternances des deux états de deux jours l'un, ou à quelques jours seulement d'intervalle, jusqu'aux faits où la durée de chaque période, maniaque ou mélancolique, oscille entre trois semaines ou un mois environ.

Dans ce cas, l'intervalle lucide n'existe, pour ainsi dire, pas et cette variété de folie circulaire pourrait à plus juste titre porter le

nom de folie à formes alternes. Mais personne ne peut nier que ces faits sont relativement peu fréquents.

En général, les accès de la folie circulaire se reproduisent à plus longue échéance, après une rémission de plusieurs mois, souvent même d'une année et plus. Ce sont là les vrais cas types de folie circulaire, sur lesquels doit reposer la description clinique de la maladie.

Existe-t-il un rapport quelconque entre l'époque de reproduction des accès et les saisons de l'année, ou certaines conditions atmosphériques?

C'est ce qu'il a été impossible d'établir jusqu'à présent. On a bien admis théoriquement que les périodes d'excitation devaient être plus fréquentes pendant l'été, et les périodes de dépression pendant l'hiver ; mais ce rapport entre les phases des accès et les saisons de de l'année, qui existe assez régulièrement chez certains individus, est bien loin de se produire chez tous. Il ne se perpétue même pas d'une manière constante chez les mêmes malades qui, après avoir éprouvé pendant plusieurs années les périodes d'excitation pendant l'été, peuvent ensuite les présenter pendant l'hiver.

Durée variable des périodes. — La durée relative des diverses périodes dans un même cercle est loin d'être toujours la même, non seulement chez des malades différents, mais chez un même individu. Il est des cercles plus courts et des cercles plus longs, soit dans leur ensemble, soit dans l'une ou l'autre de leurs périodes. Ce que l'on peut dire de plus général à ce sujet, c'est que la phase mélancolique est ordinairement plus longue que la phase maniaque et que l'intervalle lucide est souvent plus court que les deux autres périodes lorsque les cercles se succèdent pendant toute la vie sans interruption, comme cela est habituel.

M. Baillarger a attiré l'attention sur un certain nombre de faits exceptionnels sous ce rapport. Ce sont ceux dans lesquels l'intervalle de raison peut durer pendant plusieurs années, et ou par conséquent les accès de folie à double forme sont séparés les uns des autres par de longs intervalles de guérison. Ces intervalles prolongés de raison donnent aux faits de ce genre toutes les apparences d'une folie intermittente a double forme, analogues aux manies ou aux mélancolies périodiques ordinaires et ils semblent leur enlever le caractère d'un cercle se continuant sans interruption pendant toute

la vie. Mais ces exemples de très longs intervalles de raison nous paraissent devoir être interprétés à la lumière de tous les faits intermédiaires, dans lesquels cet intervalle peut présenter une durée de plus en plus prolongée.

Rien n'empêche donc d'admettre, dans ces cas, la continuité du cercle, malgré la longueur de l'intervalle lucide, d'autant plus que les cercles suivants peuvent avoir, dans l'une ou dans l'autre de leurs périodes, une étendue beaucoup moindre que celui qui avait attiré l'attention par la prolongation inaccoutumée de son intervalle lucide.

Degrés variables d'intensité des différents stades. — Ce que nous venons de dire de la durée variable des accès et de chacune de leurs périodes, s'applique également aux degrés d'intensité variés des divers stades de la folie circulaire chez des individus différents, ou chez un même malade.

La folie circulaire appartient évidemment au groupe des folies périodiques. Comme telle, elle participe des signes distinctifs de ce genre d'affection. Les folies intermittentes, envisagées d'une manière générale, ont en effet plusieurs caractères communs. D'abord, elles sont héréditaires, et généralement sous une forme similaire chez les ascendants et les descendants. Elles ont, de plus, une explosion rapide et une cessation également brusque. Elles n'ont pas, il est vrai, une durée exactement semblable pour tous les accès et ne se reproduisent pas à des époques tout à fait régulières (car dans la folie, la périodicité à époques fixes est rare), mais à chaque nouvel accès, chez un même malade, elles reparaissent avec des phénomènes physiques et moraux absolument identiques à ceux des accès précédents, non seulement dans l'ensemble des symptômes, mais même dans les détails en apparence les plus insignifiants.

C'est là le signe pour ainsi dire pathognomonique de toutes les folies périodiques, dans la forme maniaque, comme dans la forme mélancolique. Eh bien, ce caractère essentiel de toutes les folies intermittentes se retrouve le plus souvent dans la folie circulaire. On est vraiment frappé d'étonnement quand on assiste à plusieurs accès de cette affection chez un même malade, de voir se renouveler, dans le stade maniaque comme dans le stade mélancolique, les mêmes symptômes physiques, les mêmes phénomènes de l'ordre intellectuel et moral, les mêmes paroles, les mêmes conceptions délirantes, les

mêmes gestes, les mêmes attitudes et les mêmes actes, avec une monotonie tellement remarquable que chaque nouvel accès semble la reproduction photographique de l'accès précédent. Les symptômes précédemment observés se reproduisent, non seulement dans leur ensemble, mais dans leurs moindres détails, et à la même époque de chacune des périodes où on les avait constatés dans les accès antérieurs.

Telle est la loi de toutes les folies périodiques; elle s'applique également au plus grand nombre des accès de folie circulaire, observés chez un même individu.

Cependant, cette loi générale comporte quelques exceptions, dans la folie circulaire plus encore que dans les autres folies intermittentes.

Chez quelques malades, après avoir observé, pendant plusieurs années, des accès de trouble mental absolument semblables, dans tous leurs détails, aux accès précédents, dans le stade maniaque comme dans le stade mélancolique, on constate, par exception, un cercle dont les deux stades semblent atténués ou avortés dans leurs principaux caractères, ou, au contraire, un autre cercle, dont l'état maniaque et l'état mélancolique acquièrent une intensité tout à fait insolite. Dans d'autres cas enfin, la période mélancolique est peu accusée tandis que la période maniaque est très intense ou *vice-versa*.

Malgré ces variations dans le degré d'intensité des accès, la loi générale subsiste et, dans l'immense majorité des cas, les accès de la folie circulaire se reproduisent, pendant toute la vie d'un même individu, avec une uniformité vraiment surprenante, qui mérite au plus haut degré de fixer l'attention des observateurs.

Mais si les différences dans l'intensité relative des accès sont assez rares chez un même malade, il n'en est plus de même pour des individus différents.

Sans doute, comme nous l'avons dit précédemment, les caractères fondamentaux de l'état maniaque et de l'état mélancolique restent les mêmes dans tous les cas de folie circulaire. L'état maniaque conserve chez tous le fond commun de l'excitation simple ou raisonnante, plutôt caractérisée par l'altération des impulsions et de la partie affective de notre être, et par le désordre des actes, que par le trouble complet, la confusion ou l'incohérence des idées. La période mélancolique également consiste bien plus dans un état général de dépression et de torpeur, avec tendance à l'immobilité et au repos et

avec absence complète d'impulsion, que dans des prédominances d'idées tristes, comme dans les délires partiels mélancoliques. Mais, en dehors de ce caractère général, en quelque sorte typique, il existe un assez grand nombre de diversités individuelles, selon les malades que l'on est appelé à observer.

Degrés atténués observés dans le monde. — Et d'abord, il y a une première catégorie de faits bien importants à signaler, surtout au point de vue de la pratique et de la médecine légale. On ne sait pas assez, et l'on ne saurait trop répéter, qu'on rencontre fréquemment dans les familles et dans la société des individus que l'on ne considère pas comme des malades, moins encore comme des aliénés, et dont la vie entière se passe, à l'insu de la plupart des personnes qui les entourent, dans un roulement successif de périodes d'excitation modérée et de mélancolie peu prononcée et qui sont en réalité atteints d'un degré évident, mais plus léger, de cette forme de maladie mentale. Ils continuent à vivre de la vie commune ou de la vie de famille, sans que l'on songe à les traiter comme des malades, bien loin de les considérer comme des aliénés et surtout de les faire enfermer dans les asiles. Tant qu'ils sont dans la période d'excitation, ces individus paraissent simplement avoir changé de caractère et avoir acquis momentanément une activité inaccoutumée. Ils s'occupent d'affaires ; ils font des visites nombreuses ; ils écrivent des lettres à des personnes qu'ils ne fréquentaient pas habituellement ; ils ont un besoin de mouvement incessant ; ils dorment très peu, font des voyages ou des projets nombreux; ils remplissent, avec une activité fébrile, les devoirs de leur profession, ou bien ils entreprennent des affaires nouvelles qu'ils cherchent à mener de front avec leurs occupations habituelles ; ils manifestent, à tout propos, une gaieté exagérée; ils se montrent intelligents, loquaces et mêmes spirituels, et quoiqu'il y ait toujours un grand désordre dans leurs actes et un certain décousu dans leurs discours, les personnes qui ne les connaissent pas de longue date ou qui ne les ont pas observés à d'autres époques, ne peuvent pas juger leur véritable situation mentale, tandis que la nature maladive de cet état n'échapperait pas à un observateur attentif et est quelquefois appréciée avec vérité par des membres de leur famille ou par ceux qui vivent habituellement avec eux.

Ce caractère maladif devient bien autrement manifeste, lorsqu'après une durée plus ou moins longue de l'état d'excitation, qui a passé pour un simple changement de caractère, on voit survenir, peu à peu ou tout à coup, chez ces individus jusque-là d'une gaieté et d'une activité exagérées, un état précisément inverse, à tel point que l'on croirait avoir affaire à deux individus différents. Au lieu de présenter cette activité exubérante qui ne ressentait ni la fatigue ni le besoin du repos, ces malades cessent de sortir, de faire des visites, de s'occuper d'affaires ; ils changent complètement de caractère ; ils deviennent sédentaires, peu communicatifs, presque silencieux ; ils fuient le monde, recherchent la solitude et l'isolement, parlent peu ou répondent brièvement aux questions qu'on leur adresse, se plaignent d'un malaise général, d'un état de souffrance très pénible, d'anxiété précordiale, de perte d'appétit ; ils sont tristes, malheureux, anxieux sans motifs, ou pour de légers motifs. Ils ont eux-mêmes conscience de leur état, et s'en affligent, mais ils ne peuvent parvenir à le modifier ; ils arrivent ainsi jusqu'au dégoût de la vie, ou au refus des aliments, et dans les cas extrêmes ils se renferment dans leur chambre pendant plusieurs mois, sans attirer, d'une manière notable, l'attention des personnes qui les entourent, surtout lorsqu'on sait qu'ils sont sujets à ce que l'on appelle vulgairement des accès d'humeur noire.

Quant au public, il n'aperçoit ces individus que de temps en temps et n'a aucune occasion de les voir lorsqu'ils sont renfermés chez eux ; il ne peut donc se douter de l'état maladif dans lequel ils se sont trouvés pendant plusieurs mois, et lorsqu'il les voit reparaître plus tard, à l'époque où surgit la période d'excitation, il les retrouve tels qu'il les a connus autrefois. Il croit dès lors à un caractère excentrique, gai et spirituel, et à une activité fébrile, comme on en observe chez quelques individus exceptionnels, mais il ne peut soupçonner l'existence d'un état morbide qui n'est appréciable que par la reproduction successive des périodes d'excitation et de dépression que tout le monde n'est pas appelé à constater.

Tel est le degré le plus léger et le plus souvent inaperçu de la folie circulaire, dont l'observation ne peut être faite qu'en dehors des asiles d'aliénés.

Degrés plus intenses observés dans les asiles. — Parmi les

individus enfermés dans ces asiles, on doit encore admettre deux degrés différents d'intensité de la maladie. Dans le premier degré, cette affection est caractérisée par l'excitation maniaque simple, sans trouble complet de l'intelligence, avec des altérations profondes des sentiments et des instincts et avec un grand désordre des actes, et la période mélancolique par un état général de dépression, sans conceptions délirantes dominantes, mais avec un penchant au suicide, un refus des aliments, un mutisme volontaire et une tendance à la stupeur qui dépassent de beaucoup le degré de la mélancolie que nous venons de décrire chez les malades restés au sein de la famille. Dans le second degré enfin de la folie circulaire, observée dans les asiles, à l'état général d'excitation et de dépression, qui est toujours le fait psychique fondamental, il vient s'ajouter des conceptions délirantes plus ou moins nombreuses dans le sens de la satisfaction ou des idées de grandeur, pour les périodes maniaques, et dans le sens de la ruine, de la culpabilité ou de la damnation, pour les périodes mélancoliques ; enfin, dans quelques cas plus rares, on observe aussi des hallucinations de l'ouïe ou de la vue.

Ces trois degrés d'intensité de la folie circulaire peuvent survenir séparément chez divers individus, ou bien ils peuvent se succéder chez un même malade dans des accès différents, mais pour bien établir l'unité de la forme morbide, il importe de proclamer que, malgré ces variations dans le degré d'intensité de la maladie, le fond de l'état mental reste le même chez tous les malades et peut se résumer par les mots d'état d'excitation simple pour les périodes maniaques et par celui d'état de dépression pour les périodes mélancoliques.

Malgré ces différences assez notables dans la durée et dans l'intensité de ses accès, ou de chacune de ses périodes, la folie circulaire poursuit son cours assez régulier pendant toute la vie des individus qui en sont atteints. Peu de médecins se trouvent en position de suivre de semblables observations durant de longues années chez les mêmes malades ; c'est ce qui rendra toujours très difficile l'observation vraiment scientifique de la marche des maladies mentales. Notre situation personnelle nous a procuré sous ce rapport un avantage exceptionnel. Elle nous a permis d'observer, pendant

très longtemps, les mêmes malades, à travers les incidents de leur longue existence, et nous pouvons résumer ici les résultats auxquels nous sommes arrivé, par suite de cette observation prolongée d'un assez grand nombre de cas de folie circulaire.

Grande uniformité des accès. La maladie n'aboutit pas à la démence. — Le premier de ces résultats peut se formuler ainsi : Cette forme de maladie mentale présente, dans l'ensemble de sa marche, depuis son début jusqu'à la mort, une grande uniformité dans la succession et dans les caractères de ses différentes périodes. Vingt ans ou trente ans après, on retrouve ces aliénés à peu près semblables à eux-mêmes, soit dans la période d'excitation, soit dans le stade mélancolique, soit dans l'intervalle lucide. Sans doute ils subissent, comme tous les hommes, les effets naturels du progrès de l'âge, qui diminue, dans une certaine mesure, l'activité de toutes les fonctions physiques et intellectuelles. Comme tous les aliénés passés à l'état chronique, ils peuvent éprouver, après un grand nombre d'années, un certain degré d'affaiblissement intellectuel, si on les compare à eux-mêmes, à de très grandes distances ; mais, chose remarquable, les aliénés affectés de folie circulaire, de même que la plupart des malades atteints de la folie héréditaire, baissent beaucoup moins intellectuellement et même physiquement que la plupart des hommes et surtout que les autres aliénés arrivés à l'état chronique. On voit dans tous les asiles quelques malades atteints de cette forme d'affection mentale, parvenus à l'âge de 60 ou 70 ans, ayant conservé, malgré cet âge avancé et malgré l'ancienneté de la maladie, une activité intellectuelle presque juvénile, bien propre à étonner tous ceux qui en sont témoins, surtout pendant la période d'excitation, quand elle se maintient à un degré moyen d'intensité. On est donc autorisé à poser en principe, comme axiome digne d'intérêt, que la folie circulaire peut se prolonger pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, sans qu'ils arrivent jamais jusqu'à la démence et même sans affaiblissement intellectuel bien prononcé.

Les accès se raccourcissent avec l'âge et l'intervalle lucide tend à disparaître. — Un second fait important que nous avons également constaté chez plusieurs individus atteints de folie circulaire à longues périodes est le suivant : En général, à mesure que les malades avancent en âge et que leur affection devient plus ancienne,

les accès semblent se raccourcir dans leur ensemble et dans chacun de leurs stades, et l'intervalle lucide, lorsqu'il existait, devient plus court et moins bien caractérisé. Nous avons observé plusieurs fois des cas dans lesquels les périodes d'excitation et de dépression, autrefois très longues et durant par exemple de six mois à plusieurs années, ont successivement diminué de durée et même d'intensité, et sont arrivées à se remplacer au bout de six semaines ou de deux mois environ. Le même fait a été constaté par nous chez des individus atteints de la variété de folie circulaire à courtes périodes. Des malades dont les stades de manie ou de mélancolie avaient autrefois une durée de trois semaines ou un mois, sont arrivés, à la fin de leur carrière, à présenter une alternance beaucoup plus rapprochée des deux états. Quant à l'intervalle lucide, les auteurs, qui ont observé des cas de folie circulaire, sont unanimes pour admettre que cet intervalle tend à se raccourcir et même à disparaître presque complètement à mesure que la maladie passe de plus en plus à l'état chronique.

Accidents cérébraux congestifs survenant pendant la vie et pouvant déterminer la mort. — Un dernier résultat de notre observation prolongée doit être encore mentionné, en terminant l'histoire de la marche de cette forme de maladie mentale. Il s'agit de certains accidents cérébraux exceptionnels qui peuvent, à de longs intervalles, survenir chez ces malades et de leur genre de mort le plus habituel.

Quelques auteurs ont déjà signalé la fréquence des symptômes congestifs passagers qui se produisent de temps en temps chez les malades atteints de folie circulaire et sur les relations que ce fait pathologique, uni au délire de satisfaction ou à l'optimisme des périodes d'excitation, peut établir entre quelques-uns de ces malades et ceux qui sont atteints de paralysie générale, de forme expansive. Nous avons nous-même constaté plusieurs fois, surtout pendant la période d'excitation, mais même pendant le stade mélancolique, chez les malades atteints de folie circulaire, des accidents cérébraux de nature congestive. Ils sont ordinairement temporaires, mais ils se reproduisent, à divers intervalles, dans le cours de la vie de ces individus. Ils consistent surtout en signes extérieurs de congestion à la tête, pertes de connaissance transitoires, légers mouvements

convulsifs, embarras momentané de la parole, paralysies partielles incomplètes et de courte durée, hémiplégies, passagères etc., etc. Ces accidents cérébraux sont habituellement peu intenses et de courte durée ; ils sont, en général, assez faciles à distinguer de ceux de la paralysie générale, quoiqu'ils prêtent parfois à la confusion et rendent le diagnostic différenciel difficile; mais ils se reproduisent, à plusieurs reprises, pendant la vie de ces malades. Ils méritent donc au plus haut degré d'attirer l'attention des observateurs, à cause des relations qu'ils permettent d'établir entre la folie circulaire et d'autres affections cérébrales, ou d'autres formes de maladies mentales.

Ces accidents congestifs doivent d'autant plus fixer l'attention que, d'après nos observations particulières, ils se produisent surtout dans les dernières périodes de la maladie et peuvent être considérés, dans quelques cas, comme la cause de la mort subite de ces malades, surtout lorsqu'elle a lieu pendant la période d'excitation. Nous nous bornerons à mentionner ici ce fait, qui nous paraît digne d'être étudié avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'à présent; mais nous ne pouvons nous empêcher d'y joindre une réflexion générale qui s'impose à notre esprit. N'est-il pas étonnant, qu'une forme de maladie mentale, comme la folie circulaire, qui étudiée psychologiquement, semble consister presque exclusivement, dans des lésions de l'ordre intellectuel et moral et qui, observée dans ses degrés les plus modérés, se rapproche tellement de l'état normal qu'on la confond souvent avec de simples variations d'humeur ou du caractère, ait néanmoins une attache cérébrale si profonde qu'elle s'accompagne plus souvent d'accidents cérébraux que la plupart des autres formes de la folie vésanique ou essentielle ?

Ce fait clinique, qui surprend au premier abord, nous étonnera beaucoup moins et deviendra même un véritable trait de lumière, lorque nous le rapprocherons d'un autre fait d'observation encore peu connu, mais qui nous paraît, pour notre part, tout à fait démontré. En effet, dans la plupart des folies raisonnantes ou des folies appelées plus spécialement héréditaires, on a constaté également l'existence d'accidents cérébraux congestifs,se reproduisant à plusieurs reprises pendant la vie des malades et déterminant souvent leur mort, ainsi que l'ont prouvé, il y a quelques années, la mort subite et l'autopsie de l'avocat Sandon, dans le cerveau duquel on

a trouvé sept foyers apoplectiques de dates diverses, dont le dernier, siégant dans la protubérance, avait entraîné la mort (1).

Plus on avancera dans l'étude des accidents cérébraux en rapport avec leurs expressions psychologiques, plus on assurera le progrès de la pathologie mentale. C'est la voie ouverte à l'avenir et où l'on ne saurait, ni trop tôt, ni trop résolument s'engager.

TROISIÈME PARTIE

ÉTIOLOGIE. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT. — MÉDECINE LÉGALE

Étiologie. — La première question à aborder est celle de l'hérédité. Comme toutes les folies périodiques, la folie circulaire est essentiellement héréditaire et héréditaire sous la même forme, chez les ascendants et chez les descendants. Mon père et moi, nous avons eu l'occasion très rare de pouvoir observer, dans trois familles différentes, l'existence de cette forme de maladie mentale perpétuée pendant trois générations, chez la grand'mère, la mère et la fille, atteintes successivement de la même affection, sous la même forme, et plus on étudiera cette maladie, plus on sera convaincu qu'elle est presque toujours héréditaire.

Elle survient ordinairement après la puberté, sous l'influence de causes occasionnelles, auxquelles on a accordé une grande importance, telles qu'une chute sur la tête, une maladie aiguë, comme la fièvre typhoïde, un accouchement ou même une émotion morale violente, mais ces causes occasionnelles n'ont qu'une action très secondaire, eu égard à la cause principale qui est l'hérédité. Dans d'autres cas, la maladie ne se produit que plus tard, à un âge plus avancé, mais généralement, même dans ces circonstances, elle doit encore être attribuée à l'influence héréditaire, car elle a existé également chez les ascendants et s'est produite chez eux à la même époque de la vie.

Fréquence. — Cette maladie est beaucoup plus fréquente chez la

(1) Voyez Henry Liouville, *autopsie de L. Sandon, aliéné* (*Ann. d'hyg.* 2e série, tome XL, p. 125).

femme que chez l'homme. Cependant on en observe chez l'homme des cas très évidents et très caractérisés. Pour ma part, j'ai eu l'occasion, peut-être unique, d'observer le même malade atteint de cette forme d'aliénation mentale pendant quarante-sept ans jusqu'à sa mort. Il est des asiles d'aliénés dans lesquels on ne rencontre pas un seul homme atteint de folie circulaire, tandis qu'il en existe toujours plusieurs exemples chez les femmes. La proportion générale nous paraît être d'un homme pour quatre ou cinq femmes.

Du reste, ce n'est pas dans les asiles d'aliénés qu'il faut chercher des exemples de cette forme de maladie mentale. Sa fréquence est beaucoup plus grande qu'on ne le croirait au premier abord, parce que la plupart de ces malades vivent dans la société et dans la famille et entrent rarement dans les asiles d'aliénés. Il y a, en effet, dans le monde, comme nous l'avons déjà dit, un certain nombre d'individus qui passent leur vie dans une alternative régulière de dépression et d'excitation, représentant comme deux caractères opposés réunis dans la même personne. Pendant un certain temps, leur existence reste cachée pour tous ; ils fuient le monde, se renferment dans leur chambre et gardent même le lit. Ils négligent de s'habiller ou ne s'habillent qu'à moitié et vivent seuls, dans la plus grande malpropreté. Ils passent ainsi plusieurs mois pendant lesquels ils ne paraissent nulle part et cet état mélancolique reste complètement inaperçu pour le public. Mais, plus tard, ils changent de forme et il semble alors qu'une nouvelle personnalité soit entrée dans le même corps. Ils se montrent partout, font des visites, écrivent des lettres, vont au spectacle, se livrent à des actes insensés, à des excès alcooliques et à toutes sortes de désordres. Comme on ne les observe que pendant ces périodes de leur existence, on croit que c'est là leur caractère habituel et l'on ne sait pas que, dans d'autres moments, ils sont mélancoliques, affaissés, inertes et souvent même atteints de mutisme volontaire.

L'existence de ces individus, qui vivent dans la famille ou dans la société, sans être considérés comme des aliénés, mérite d'être signalée, non seulement au point de vue de la fréquence de cette forme de maladie mentale, mais aussi sous le rapport du diagnostic et de la médecine légale, comme nous le dirons tout à l'heure. — La connaissance de ces faits cliniques peut-être également

très utile pour les recherches à faire sur l'hérédité des maladies mentales. En étudiant, en effet, rétrospectivement les familles des aliénés enfermés dans les asiles, on découvre souvent, parmi leurs ascendants, des individus qui ont vécu en liberté pendant toute leur vie, en présentant les caractères de l'état mental que nous venons d'indiquer, et qui ont donné naissance à des enfants atteints de formes de folie plus intenses et plus caractérisées que la leur.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel de la folie circulaire, qui paraît simple au premier abord, est parfois plus difficile à établir qu'on ne le croirait. Sans doute, quand les accès de manie et de mélancolie sont intenses et bien caractérisés, quand on a pu observer plusieurs accès, quand on a vu se succéder chez un aliéné des états de mélancolie et des états de manie, d'une manière régulière, on peut affirmer que ce malade continuera à présenter des accès analogues pendant toute sa vie, soit d'une manière continue et sans interruption, soit avec des intervalles de rémission plus ou moins longs et plus ou moins prononcés.

Mais il n'en est plus de même quand on n'a constaté qu'un seul accès de folie circulaire, ou même que l'un des stades de cet accès, et c'est là ce qui explique pourquoi cette maladie est restée si longtemps ignorée des médecins. On classait ces malades, tantôt parmi les mélancoliques et tantôt parmi les maniaques, selon le caractère de l'accès dont on était témoin, sans tenir compte de la succession des deux formes chez le même individu. Dans d'autres cas, la maladie est méconnue parce que l'un des deux stades est très intense, tandis que l'autre est très atténué. Il est des individus, en effet, dont l'accès maniaque est très violent, tandis que l'accès mélancolique est peu prononcé et est pris pour une période de guérison. Dans d'autres circonstances, au contraire, c'est l'accès de mélancolie qui est très caractérisé, tandis que la période d'excitation peu intense passe inaperçue et est considérée comme un retour à l'état normal.

Le diagnostic est donc déjà difficile, même pour établir l'existence de la folie circulaire chez des aliénés enfermés dans les asiles; combien il est plus difficile encore pour les cas observés dans le monde ou dans la famille, que nous avons signalés précédemment!

Dans ces circonstances, on croit à une simple variation de caractère et l'on regarde ces individus comme des originaux, des excen-

triques, des gens bizarres et non comme des aliénés. Le plus souvent même, on n'observe que l'un des deux états, tandis que l'autre est pris pour l'état normal du malade. Pendant la période d'excitation, en effet, ils ont une intelligence surexcitée et des aptitudes qu'ils ne possédaient pas à l'état normal. Loin de les considérer comme des aliénés, on les regarde alors comme des êtres intelligents, doués de facultés exceptionnelles, et quand ils retombent dans la mélancolie, personne ne les observe dans cet état, parce qu'ils se renferment chez eux, ou bien l'on attribue leur tristesse à des motifs raisonnables, à des chagrins ou à des causes morales appréciables. Toutes ces causes réunies font donc méconnaître le plus souvent la folie circulaire dans le monde.

Ils restent alors en liberté, dans leurs familles ou dans la société et personne ne songe à les placer dans les asiles d'aliénés. Dans ces cas difficiles, il faut les observer pendant longtemps et suivre attentivement leurs diverses périodes pour pouvoir arriver à établir le diagnostic sur des bases sérieuses, en s'appuyant sur les caractères que nous avons indiqués précédemment. Une autre difficulté du diagnostic existe encore pour différencier la période d'excitation de la folie circulaire de certaines formes de la folie hystérique. Il y a, en effet, quelques hystériques aliénées, atteintes de l'état que nous avons décrit précédemment (1), sous le nom de folie raisonnante des hystériques, dont l'excitation loquace et exubérante présente les plus grandes analogies avec l'agitation maniaque simple des folies circulaires. La distinction clinique est alors quelquefois si difficile à établir entre ces deux variétés de l'excitation maniaque que, dans quelques circonstances, l'observation ultérieure de plusieurs périodes ou de plusieurs accès peut seule permettre d'affirmer que l'on a affaire à une folie circulaire vraie et non à une simple folie hystérique. Enfin, la plus grande difficulté du diagnostic différentiel de la folie circulaire réside dans la confusion, qui est souvent possible en clinique, entre la période d'excitation de cette maladie et la période prodromique, ou phase d'expansion optimiste de la paralysie générale (2). Il y a, en effet, des malades dans la

(1) Voir plus haut p. 499.
(2) Voir plus haut p. 494.

période d'excitation maniaque de la folie circulaire qui présentent des idées de satisfaction et de grandeur, très analogues à celles que l'on observe dans la première période de la paralysie générale. Dans ces cas assez fréquents, l'erreur de diagnostic est d'autant plus difficile à éviter que, chez quelques-uns de ces aliénés atteints de folie circulaire, on constate, comme dans la paralysie générale, des symptômes physiques de nature congestive et même un léger embarras momentané de la parole, qui peut prêter à la confusion et induire le médecin en erreur.

De plus, on a observé, depuis quelques années, un certain nombre de cas de paralysie générale, de forme circulaire (1), c'est-à-dire présentant, dans leurs premières périodes, des phases alternatives de dépression et d'excitation qui peuvent simuler, à s'y méprendre pendant quelques temps, de véritables accès de folie circulaire. Dans tous ces cas difficiles, le diagnostic scientifique ne peut être établi que par l'étude attentive de la marche générale de la maladie, depuis son début jusqu'au moment où l'on observe le malade et par l'ensemble des symptômes de la paralysie générale, opposés à ceux qui caractérisent la folie circulaire. Cependant, il est deux caractères symptomatiques qui, en dehors de l'évolution de la maladie, peuvent être très utiles pour établir ce diagnostic. Le premier de ces caractères repose sur ce fait général que, dans la période d'expansion avec satisfaction de la paralysie générale, malgré la conservation apparente d'une grande activité intellectuelle, il existe toujours des lacunes énormes de mémoire et des traces évidentes de démence commençante, qui n'échappent pas à un observateur attentif et que l'on ne rencontre pas chez les circulaires, même en état de très grande agitation maniaque, et que les idées délirantes des paralytiques sont plus absurdes, plus nombreuses, plus mobiles et plus contradictoires que celles des circulaires, même les plus désordonnés (2).

Enfin, le second caractère distinctif, qui sans être constant, est cependant très général, entre l'excitation des circulaires et celle des paralytiques, c'est que ces derniers sont le plus souvent bienveillants, généreux et disposés à faire partager à tous leur bon-

(1) Voir Favre, *Ann. médico psych.* 1877.
(2) Voir plus haut p. 97 les caractères du délire des aliénés paralytiques.

heur et leurs bienfaits, tandis que les circulaires sont essentiellement malveillants et ont une satisfaction vraiment satanique à nuire à tous ceux qui les entourent, comme les hystériques. A l'aide de ces caractères différentiels réunis, puisés dans l'étude des symptômes et de la marche des deux affections, on peut arriver le plus souvent à établir entre elles un diagnostic vraiment scientifique.

Pronostic. — Le pronostic de la folie circulaire est toujours grave. En effet, cette maladie ne guérit presque jamais, pour ne pas dire jamais. Mon père a déjà indiqué, dès l'origine, ce pronostic d'incurabilité (1). Il a même fait cette remarque intéressante, qu'il était bien singulier de voir deux états mélancoliques et maniaques qui, pris isolément, étaient plus curables que d'autres, acquérir une véritable incurabilité quand ils se trouvaient réunis chez un même malade pour constituer, par leur succession régulière, la forme circulaire de la folie.

Cependant, pour établir un pronostic plus rigoureux et plus exact dans chaque cas particulier, il importe de tenir compte de toutes les variétés de marche que nous avons décrites précédemment.

Lorsqu'un malade a été atteint successivement de plusieurs accès bien caractérisés de folie circulaire, on peut affirmer qu'il présentera, pendant toute sa vie, cette même forme de maladie mentale jusqu'à sa mort, avec de simples différences de durée ou d'intensité dans chacun des accès, ou dans chacune de leurs périodes.

Comme nous l'avons dit précédemment, tous les accès ne sont pas toujours absolument identiques chez le même malade. On peut observer, par exemple, deux cercles très intenses, suivis d'autres cercles plus atténués qui peuvent passer inaperçus, soit dans la période maniaque, soit dans la période mélancolique, soit dans les deux à la fois. On voit alors ces malades sortir des asiles et rentrer dans leurs familles, où l'alternance des deux états, quand elle se reproduit, passe inaperçue, parce qu'ils sont atténués d'une manière très notable. Or, cette atténuation des symptômes peut durer pendant longtemps, jusqu'à ce qu'il survienne un nouvel accès plus intense qui oblige à replacer ces malades dans les asiles, d'où ils étaient sortis plusieurs années auparavant.

(1) J.-P. Falret, *Gazette des hôpitaux*, 1851.

La variabilité fréquente dans la durée et le degré d'intensité des différents accès que nous avons signalée à propos de la marche de la maladie, mérite donc d'être rappelée au point de vue du pronostic, parce qu'on peut, à tort, prendre ces simples diminutions dans l'intensité des symptômes pour de véritables guérisons.

De plus, il y a certains accès très intenses qui ont une durée très courte et d'autres moins caractérisés qui durent pendant très longtemps. Certains malades par exemple, restent cinq ou six ans dans l'état mélancolique, ou bien dans l'état maniaque, tandis que dans le même cercle, l'état inverse présente une durée beaucoup moins longue. L'intermittence entre les accès est également d'une durée variable, tantôt très courte et tantôt très prolongée, de sorte que l'on peut souvent commettre des erreurs dans le diagnostic et le pronostic de cette forme de la folie. Mais on peut poser en principe que dès lors que l'on a constaté plusieurs cercles de folie circulaire chez un malade, alors même qu'il paraît guéri momentanément, on doit toujours redouter chez lui la reproduction d'une nouvelle alternance régulière de l'excitation maniaque et de la dépression mélancolique.

La folie circulaire ou à double forme est donc une maladie grave, puisqu'elle ne guérit jamais d'une manière durable. Mais, chose remarquable, que nous avons déjà signalée à propos de la marche, elle ne se transforme pas et n'aboutit jamais à la démence.

On retrouve à soixante-dix ans, des malades que l'on avait observés à l'âge de vingt-cinq ans, aussi actifs de corps et d'esprit, aussi vifs et aussi entreprenants que dans la jeunesse. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer, pendant de longues années, des malades de ce genre et en particulier un homme dont j'ai déjà parlé précédemment, et que ma position personnelle m'a permis de suivre pendant quarante-sept ans. Il est mort à l'âge de soixante-dix-sept ans, de congestion cérébrale, mais avant sa mort, il présentait presque le même degré d'activité intellectuelle que pendant son âge mûr.

Enfin, les accidents congestifs, signalés précédemment à propos de la marche de la maladie, qui se produisent souvent pendant la vie, surtout dans la période maniaque, méritent également d'être rappelés au point de vue du pronostic, attendu que l'on doit toujours en prédire l'apparition possible et que l'on doit prévoir à l'avance qu'ils peuvent déterminer la mort de ces malades.

Anatomie pathologique. — On a eu très rarement l'occasion de faire l'autopsie de malades atteints de cette forme d'affection mentale. Ils meurent ordinairement à un âge avancé, car dans tous les asiles d'aliénés, on trouve quelques uns de ces malades arrivés à l'âge de 60 ou 70 ans, et même davantage. J'ai fait autrefois à la Salpêtrière, dans le service de mon père, l'autopsie d'une malade qui avait été atteinte pendant de longues années, de folie circulaire, et j'ai trouvé chez elle des lésions évidentes de meningite chronique (opacité et épaississement des méninges, sérosité abondante sous arachnoïdienne et dans les ventricules, etc., etc.) ; mais le cerveau lui-même, quoique congestionné dans son ensemble, paraissait être à peu près dans son état normal.

Ce qu'il faut noter, c'est qu'en général ces malades meurent de congestion cérébrale ou d'accidents cérébraux aigus et rapides, et qu'ils ont tous des tendances à l'apoplexie ou aux phénomènes cérébraux de nature congestive, ainsi que le prouvent certains symptômes observés chez eux de temps en temps pendant leur vie, surtout dans les périodes d'excitation.

Traitement. — La folie circulaire est une maladie très grave, dont l'évolution est presque fatale et dans laquelle on ne peut espérer obtenir par le traitement que des rémissions plus prononcées ou plus prolongées. On n'arrive même pas, en général, par des médicaments appropriés, à diminuer l'intensité ou la durée des accès de mélancolie ou d'excitation, sur lesquels les agents même les plus énergiques ne semblent pas avoir de prise. Cependant, on a essayé plusieurs moyens pour diminuer l'intensité des accès, par exemple le sulfate de quinine, employé surtout dans les cas de folie circulaire à courts accès, dans lesquels les périodes ne durent, par exemple, que deux ou trois jours et constituent ainsi une véritable folie périodique ou intermittente à double forme. Legrand du Saulle a relaté un fait de ce genre dans lequel il aurait obtenu la guérison.

Dans d'autres cas, on a expérimenté les injections de morphine, la digitale, le bromure de potassium, etc., qui ont paru atténuer l'intensité des accès, soit d'excitation, soit de dépression. Mais dans la plupart des cas, tous ces moyens, même l'hydrothérapie dans les périodes de dépression, ne semblent exercer aucune influence favorable, pendant la période d'intensité des accès. Lorsqu'ils parais-

sent avoir eu une action efficace, c'est à la période de déclin et l'on peut alors se demander si la diminution des accès est due, dans ces circonstances, à l'action du médicament ou à la décroissance prévue et à la marche naturelle de la maladie.

La question thérapeutique la plus importante à résoudre est celle de la séquestration.

Comme nous l'avons dit, la plupart de ces malades sont laissés en liberté dans leur famille. Mais lorsque leur affection acquiert un haut degré d'intensité, on est bien obligé de les isoler dans les asiles soit parce qu'ils se livrent aux actes les plus désordonnés, pendant la période d'excitation et qu'ils rendent la vie impossible à tous ceux qui les entourent, soit parce qu'ils présentent, pendant la période mélancolique, un penchant au suicide des plus prononcés, ou un refus des aliments qui ne permettent pas de les conserver dans la famille. Le médecin, pour conseiller l'isolement dans un asile d'aliénés, doit donc se baser sur l'observation des symptômes dans chaque cas particulier. Mais la principale difficulté n'est pas de se prononcer sur la nécessité de la séquestration dans les périodes d'intensité des accès, mais de prendre un parti sur la question de sortie ou de mise en liberté, pendant les phases de rémission ou d'intermittence plus ou moins prolongées. Lorsque ces périodes lucides sont de courte durée, on doit évidemment conserver ces malades dans les asiles. Mais lorsqu'elles se prolongent pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années, on est bien obligé de se décider à rendre ces malades à leurs familles, malgré les inconvénients graves qui peuvent en résulter et l'on doit alors se guider sur la connaissance des accès antérieurs et des phases diverses que la maladie a traversées, jusqu'au moment où l'on est appelé à observer le malade.

Médecine légale. — La médecine légale de la folie circulaire a été peu étudiée et est une des plus difficiles de toute la pathologie mentale. Sans doute, dans les accès de manie et de mélancolie très caractérisés, observés dans les asiles, le doute n'est pas possible et l'irresponsabilité absolue de ces malades ne peut être contestée par personne, surtout pendant les périodes d'intensité des accès.

De même pendant les intervalles lucides vrais, surtout lorsqu'ils sont très prolongés et que les malades sont rendus à la liberté, on

doit admettre le retour de la responsabilité, comme dans les périodes de guérison des folies intermittentes.

Mais que penser des périodes de transition entre les deux états et des phases de simples rémission qui ne constituent pas un véritable intervalle lucide?

Il en est des aliénés circulaires comme des épileptiques. Lorsqu'ils sont en plein accès de délire, ils sont évidemment irresponsables, mais lorsqu'ils se trouvent dans un état intermédiaire, on peut se demander jusqu'à quel point leur responsabilité existe, malgré les apparences de raison qu'ils présentent et puisqu'il y a doute, dans les états mixtes, ils doivent profiter du bénéfice de l'irresponsabilité, les présomptions étant évidemment dans ce sens plutôt qu'en faveur de la persistance complète du libre arbitre.

Les difficultés de la médecine légale sont encore plus grandes dans les cas légers de folie circulaire, sur lesquels nous avons insisté précédemment, lorsque ces malades vivent en liberté dans leurs familles et ne sont considérés par personne commme des aliénés.

Dans ces cas, les périodes d'excitation et de dépression existent réellement d'une manière évidente pour un observateur exercé, mais elles sont souvent tellement atténuées, qu'elles sont méconnues par les familles et par le public et sont regardées comme de simples variations d'humeur ou de caractère et non comme l'expression d'un véritable état maladif. Il en est de même d'autres cas de folie circulaire, également observés dans la société, ou une seule des périodes, tantôt la période mélancolique et tantôt la période maniaque, est considérée comme maladive, tandis que l'autre, plus légère, est prise pour un retour à l'état normal et au caractère naturel de l'individu.

Or, que dire de la responsabilité de ces malades et surtout de la valeur d'un testament fait dans ces conditions mentales? Le médecin expert partagera-t-il l'avis du malade lui-même, de sa famille et du public en général, ou bien se prononcera-t-il dans le sens d'un état maladif bien caractérisé?

Lorsque les individus de ce genre, qui sont le plus souvent des descendants d'aliénés, ayant vécu dans le monde, ont passé quinze ou vingt ans dans des alternatives successives de dépression et d'excitation, et laissent après leur mort un testament contesté

par quelques uns de leurs héritiers, comment se prononcer d'une manière certaine, au milieu des témoignages contradictoires produits par les deux parties en présence ?

Un médecin expérimenté en constatant que l'individu, dont le testament est contesté, a présenté pendant sa vie des phases très évidentes de dépression mélancolique et d'excitation maniaque ne doit-il pas admettre que c'était là un vrai malade; que pendant les périodes de tristesse et d'affaissement, il voyait tout en noir et qu'il a pu, sous l'influence des idées tristes qui lui faisaient apparaître le monde entier comme hostile ou décoloré, donner sa fortune à certaines personnes, ou à certaines institutions, en rapport avec ses idées dominantes du moment, tandis que pendant les périodes inverses, voyant tout en beau, sous des couleurs favorables, et à travers un prisme optimiste, il aura présenté des dispositions toutes différentes pour les choses et pour les personnes, et aura déshérité ceux qu'il avait au contraire favorisés pendant l'autre période de sa maladie ?

Dans ces cas difficiles, la perplexité du médecin expert sera grande et l'observation clinique attentive et complète des diverses variétés de la folie circulaire pourra seule permettre de trancher cette question délicate dans chaque cas particulier; car elle ne peut être résolue d'une manière générale et absolue.

La médecine légale de cette affection sera donc toujours l'une des plus difficiles de la pathologie mentale, à cause des fréquentes variations d'état chez le même individu, d'un moment à l'autre, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets, ou plus ou moins prolongés, à cause de la difficulté de distinguer l'intervalle lucide vrai de la simple rémission et surtout à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille, et non dans les asiles d'aliénés.

Aussi la médecine légale de la folie circulaire reste-t-elle encore à faire. Du reste, jusqu'à présent, on n'a eu que très rarement l'occasion de l'appliquer à ces cas difficiles, parce qu'ils passent presque toujours inaperçus, parce que ces individus ne sont pas, le plus souvent, considérés comme des aliénés, et parce que généralement leurs testaments ne sont pas contestés par les familles ou sont déclarés valables par les magistrats.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

Préface v

I. Principes à suivre dans la classification des maladies mentales. (1860). 1
§ 1er. — Classification naturelle dans les sciences 2
§ 2. — Examen critique de la classification de Pinel et Esquirol . . . 6
§ 3. — Classifications nouvelles 23

II. Séméiologie des affections cérébrales (1860). 32

III. Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales (1853) 55
Introduction. 56
Première Partie. — *De la folie paralytique, considérée comme forme spéciale de maladie mentale* 61
Chapitre premier. — Marche de la folie paralytique. 68
1° Variété congestive 73
2° Variété paralytique 73
3° Variété mélancolique. 74
4° Variété expansive. 75
Chapitre II. — Caractères du délire dans la folie paralytique. 95
Seconde Partie. — *Des diverses paralysies générales*. 115
1° Hémorragie cérébrale. 119
2° Apoplexies anciennes. 123
3° Ramollissements du cerveau 124
4° Tumeurs du cerveau 129
5° Méningites 131
6° Maladies de la moelle. 133
7° Paralysies nerveuses 135
8° Paralysies saturnines. 139
9° Paralysies mercurielles. 143
10° Paralysies alcooliques. 144
11° Paralysies produites sous l'influence de l'arsenic et du phosphore. Acrodynie, ergotisme, pellagre 158
12° Atrophie musculaire progressive. 160
Observations. 167

IV. Des diverses paralysies générales (1855). 207

V. Du diagnostic différentiel des paralysies générales (1858). 2

VI. La paralysie générale est une forme spéciale de maladie mentale (1858). 240
I. Objection tirée des faits dans lesquels la paralysie générale survient comme complication des aliénations anciennes. 240
II. Objection tirée de l'existence d'un certain nombre de faits de paralysie générale sans délire 242
III. Objection tirée des diverses variétés de début de la folie paralytique. 243
IV. Objection tirée des différences dans la marche et les symptômes de la maladie confirmée. 252
V. Objection tirée des accès maniaques avec idées de grandeur, qui ne se terminent pas par la paralysie générale 259

VII. Variétés cliniques de la paralysie générale (1878) 265

VIII. De la catalepsie (1857). 276
I. Observations. 279
II. Examen critique des observations. 295

IX. Théories physiologiques de l'épilepsie (1862). 308
Première Partie. — *Exposé dogmatique des théories de l'épilepsie* . . . 309
Seconde Partie. — *Examen critique des théories physiologiques de l'épilepsie*. 322

X. État mental des épileptiques (1860). 338
Première Partie. — *Description des troubles intellectuels observés chez les épileptiques*. 340
1° Troubles intellectuels passagers des épileptiques avant, pendant et après leur accès 341
2° État mental habituel des épileptiques dans l'intervalle des accès. 345
3° Accès de délire plus prolongés, méritant plus spécialement le nom de folie épileptique 348
Seconde Partie. — *Marche des troubles intellectuels de l'épilepsie dans leurs rapports avec les accidents physiques de cette maladie* . . . 356
1° Les accès de délire sont directement en rapport avec les attaques épileptiques. 358
2° Les accès de délire ont lieu dans l'intervalle des accès convulsifs, chez les individus reconnus épileptiques. 367
3° Les accès de délire se produisent chez des individus dont l'épilepsie est méconnue, ou n'existe réellement pas au moment où l'on observe ces malades. 373
Troisième Partie. — *Conséquences de l'étude du délire épileptique pour la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés*. 383

XI. Troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales : aphémie, aphasie, alalie, amnésie verbale (1864). . . . 410
Première Partie. — *Exposé général des faits*. 411
I. Première série de faits 413
II. Deuxième série de faits. 419
III. Troisième série de faits 426
IV. Faits de Broca. 431
V. Faits de Trousseau 446

SECONDE PARTIE. — *Conséquences à tirer de ces faits pour la physiologie et la pathologie du cerveau* 456

XII. FOLIE RAISONNANTE, OU FOLIE MORALE. PREMIER DISCOURS (1866) 475
I. Partie psychologique 476
I. Isolement possible ou solidarité d'action des facultés humaines, à l'état normal et à l'état maladif 476
II. Limites entre la raison et la folie 479
II. Partie pathologique ou clinique 489
I. Exaltation maniaque 490
II. Période prodromique de la paralysie générale 494
III. Folie hystérique 499
IV. Hypocondrie morale 507
V. Aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs. Folie du doute et folie du toucher . . 510
III. Partie législative et administrative 515
IV. Partie médico-légale 519
V. Conclusions 524

XIII. FOLIE RAISONNANTE, OU FOLIE MORALE. SECOND DISCOURS, RÉPONSE A M. DELASIAUVE (1866) 526
I. Solidarité des facultés 526
II. La folie raisonnante est-elle une forme distincte de maladie mentale 529
III. Irresponsabilité absolue et responsabilité partielle 538

XIV. LA FOLIE A DEUX, OU FOLIE COMMUNIQUÉE (en collaboration avec le Dr Ch. Lasègue, 1877) 545

XV. LA FOLIE CIRCULAIRE, OU FOLIE A FORMES ALTERNES (1878-1879) 584
PREMIÈRE PARTIE. — *Description de la folie circulaire* 586
1° Période mélancolique 586
2° Période d'excitation maniaque 590
3° Intervalle lucide 594
SECONDE PARTIE. — *Marche de la folie circulaire* 599
TROISIÈME PARTIE. — *Etiologie. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. — Médecine légale* 610

1474. — Tours, imp. E. ARRAULT et Cie

WPC 346 F19
Falret
Maladies Mentales
Dileo
3/17 ON PERSONAL RESERVE SHELF 3/24